

平成16年度

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター年報

第8号



平成17年12月

患 者 さ ん の 権 利

当センターは、患者さんの権利を尊重し、最適な医療を提供してまいります。

1. 尊厳とプライバシーが守られる権利を持っています。
2. 病名や治療方針等について十分な説明を受けることができます。
3. 病状と治療法を理解した上で、希望にそった治療を受けることができます。
4. 受けた医療の内容について知ることができます。
5. 医療費の明細や公的援助などについて情報を知ることができます。

リハビリテーション・精神医療センターの理念及び基本方針

理 念

県民に生じた身体の障害やこころの悩みなどに起因する障害の軽減を図るため、患者さんの権利の尊重を基本とし、安心で安全、良質で高度な医療を提供してまいります。

県内のリハビリテーション医療・精神医療の中核的施設としての役割を果たすとともに、地域の健康推進事業への積極的な支援をしてまいります。

基 本 方 針

1. 常に全職員が知識・医療技術の研鑽に努め、良質で高度な医療を提供してまいります。
2. 地域の医療機関・施設・団体等との連携を図り、保健・医療・福祉の活動へ支援するとともに、リハビリテーション医療・精神医療の水準向上に努めてまいります。
3. 患者さんの権利を尊重するとともに、患者さん中心の医療に努め、患者さんから選ばれる病院を目指してまいります。
4. 患者さんの安全に配慮した医療とともに療養環境の向上に努めてまいります。
5. 全職員が病院運営への参加意識を高め、創意工夫を取り入れた効率的な管理運営に努めてまいります。

ま え が き

平成16年度に策定したセンター中期計画は、第一にセンター医療の発展、第二に政策医療に対する一層の取り組み、の2つの方向を浮き彫りにしている。とりわけ、政策医療への取り組みは自治体病院としての責務であり、存在価値の1つであることは間違いない。これまでのセンター医療の成果に基づきながら、この分野での取り組みを発展させなければならない。

平成18年度に介護保険の改訂がなされる。介護予防、医療との連携が重要な改訂点の1つであると強調されている。介護予防のために、新予防給付というサービスが新設される。介護予防の代表的なサービスは、運動機能を維持する筋力向上トレーニング、食事内容を見直して低栄養状態を防止する栄養ケア、口腔内を清潔に保つ口腔ケアなどである。いずれも在宅サービスとして欠かせないものであるが、これだけで介護予防は難しい。やはり、リハビリテーション専門病院との連携こそ介護予防実現の鍵である。センターは、介護予防を考慮したリハビリ医療・認知症医療を展開し、健康啓発活動を行うつもりである。地域リハ検診、認知症介護講座などこれまでの事業をさらに拡大して介護予防に貢献したい。

精神医療では、精神科救急医療、心神喪失者等医療観察法などへの対応が求められている。センターはこれまで全県拠点病院として秋田県の精神科救急医療に貢献してきた。さらに、平成17年度にはセンター内に精神科救急医療情報センターを設置し、救急に関する情報の伝達や相談に応じることにしている。また、心神喪失者等医療観察法の指定通院機関となることも条件付で受け入れる予定である。いずれにしても事業を行う限りには、実効ある体制でなければならない。精神医療における政策医療に積極的に取り組む姿勢ではあるが、そのシステムのあり方を他民間病院とも議論してよりよいものを作る構えを忘れてはならない。

政策医療がセンター医療の重要な課題であることは開設当時から充分認識してきた。しかし、病院機能の整備などより基礎となる活動が中心であったため、政策医療の展開にはまだ不十分である。現在は政策医療への取り組みにもっと力を注ぐことも可能な体力がついたと考えている。今後、県全体を見据えた医療を一層構築していく所存である。

平成16年度も運営懇談会委員の方々、関係諸機関の方々をはじめ、多くの県民の方々から変わらぬご厚情を賜った。皆様方のご指導ご鞭撻を支えにして、県民の医療に一層貢献する決意である。

平成17年12月

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター

所長 千 田 富 義

目 次

I センターの概要

1 概 要	3
2 沿 革	6
3 施 設 の 概 要	8
4 組 織	1 3
5 職種別職員数	1 4

II 医 療 活 動

1 医 療 活 動	
（1）医療活動の特徴	1 7
（2）リハビリテーション科	2 2
（3）神経・精神科	2 4
（4）認知症診療	2 5
（5）機能訓練科	2 6
（6）放射線科	2 8
（7）臨床検査科	2 8
（8）薬剤科	2 9
（9）給食科	2 9
（10）看護科	3 0
2 患者の状況	4 2
3 診療の状況	4 7

III 地域支援・教育活動

1 社会復帰科（障害者自立訓練センター）の活動	6 1
2 地域支援活動	6 2
3 教育活動	7 1

IV 業 績

1 平成16年度学会発表	9 3
2 平成16年度印刷発表	1 0 2

V 参 考

1 院内委員会等設置状況	1 1 3
2 平成16年度視察状況	1 1 6
3 職員名簿	1 1 7

I センターの概要

1 概 要

- (1) 名 称 秋田県立リハビリテーション・精神医療センター
- (2) 所 在 地 秋田県大仙市協和上淀川字五百刈田 3 5 2 番地
- (3) 所 長 千 田 富 義
- (4) 開 設 年 月 日 平成 9 年 4 月 1 日
- (5) 診療開始年月日 平成 9 年 6 月 2 日
- (6) 許 可 病 床 数 3 0 0 床 リハビリテーション科 1 0 0 床
神経・精神科 2 0 0 床 (うち 1 0 0 床 認知症病床)
- (7) 診 療 科 目 リハビリテーション科、神経・精神科、放射線科、歯科
- (8) 外 来 診 療 日

診 療 科	月	火	水	木	金
リハビリテーション科	○	○	○	○	○
神 経 ・ 精 神 科	○	○	○	○	○
も の わ す れ 外 来	○	○	○	○	○
放 射 線 科	○	○	○	○	○
歯 科 ※			○	○	
泌 尿 器 科 ※					○ (第 1)
耳 鼻 咽 喉 科 ※		○			
眼 科 ※					○ (第 4)
循 環 器 科 ※	○				

(※入院患者を対象とした診療)

(9) 施設及びサービス基準等【平成 1 7 年 3 月 3 1 日現在】

紹介患者加算 (Ⅲ)		(平成 1 2 年 1 2 月 1 日)
一般病棟入院基本料 II 群 4 (5 : 1 看護補助)		(平成 1 7 年 3 月 1 日)
回復期リハビリテーション病棟		(平成 1 3 年 1 月 1 日)
精神病棟入院基本料 3 (6 : 1 看護補助)		(平成 1 2 年 4 月 1 日)
紹介外来加算		(平成 1 2 年 4 月 1 日)
看護配置加算		(平成 1 2 年 4 月 1 日)
看護補助加算	一般病棟 (5 : 1)	(平成 1 7 年 3 月 1 日)
	精神病棟 (6 : 1)	(平成 1 2 年 4 月 1 日)
夜間勤務等看護加算	一般病棟 (夜間勤務看護等 2)	(平成 1 6 年 6 月 1 日)
	精神病棟 (夜間勤務看護等 2)	(平成 1 4 年 4 月 1 日)
療養環境加算		(平成 1 2 年 4 月 1 日)
精神科応急入院施設管理加算		(平成 1 2 年 4 月 1 日)
薬剤管理指導		(平成 1 2 年 4 月 1 日)
総合リハビリテーション施設		(平成 1 2 年 4 月 1 日)

精神科作業療法	(平成12年 4月1日)
精神科デイケア (小規模)	(平成12年 4月1日)
画像診断管理加算 (2)	(平成14年 4月1日)
精神病棟入院時医学管理加算	(平成13年 6月1日)
検体検査管理加算 (I)	(平成12年10月1日)
言語聴覚療法 (II)	(平成14年 4月1日)
亜急性期入院医療管理料	(平成16年 4月1日)
診療管理体制加算	(平成16年10月1日)
入院時食事療養 (I)	(平成 9年 7月1日)
入院時食事療法に係る特別管理	(平成 9年 7月1日)
特別室差額 (特定療養費)	(平成 9年 4月1日)
補綴物維持管理料	(平成 9年 6月1日)
金属床による総義歯の提供	(平成 9年 6月1日)
齦蝕に罹患している患者の指導管理	(平成 9年 6月1日)

(10) 病棟別内訳、看護体制等

病棟名	病床数	看護職員定数	夜間看護勤務体制	備 考
1 病 棟	30	16	2-2	精神科開放病棟
2 病 棟	30	16	2-2	精神科準開放病棟
3 病 棟	40	24	3-3	精神科閉鎖病棟
4 病 棟	50	24	3-3	リハビリテーション病棟
5 病 棟	50	20	3-3	リハビリテーション病棟
6 病 棟	50	24	3-3	認知症開放病棟
7 病 棟	50	24	3-3	認知症閉鎖病棟
外来・中材	—	4	—	
デ イ ケ ア	—	1	—	
精神科応急	—	3	—	
社会復帰科	—	4	—	(障害者自立訓練センター兼務)
総看護師長	—	1	—	
計	300	161		

(11) 主 要 機 器

コンピューテッドラジオグラフィ (C R)	X線コンピュータ断層撮影装置 (C T)
デジタルガンマカメラ	磁気共鳴断層撮影装置 (M R I)
X線テレビ撮影装置	心臓用超音波診断装置
心電図データマネージメントシステム	腹部用超音波診断装置
総合肺機能測定システム	血中薬物自動分析装置
総合血液学検査装置	全自動血清化学分析装置
自動調剤システム	三次元動作解析装置
床反力測定装置 (フォースプレート)	歩行浴槽
ベッド自動洗浄装置	総合医療情報システム
X線テレビ・デジタル処理装置 (デジタルラジオグラフィ装置)	

2 沿 革

年 月 日	主 な 事 項
平成 3 年 5 月	『痴呆・ねたきり予防対策委員会』から『整備の基本的考え方』が報告される。
6 月	『総合リハビリテーション・精神医療センター（仮称）整備委員会』を設置して検討を開始する。
8 月	『秋田県総合リハビリテーション・精神医療センター（仮称）建設基本構想・基本計画』の策定を（社）病院管理研究協会に業務委託する。
平成 4 年 3 月	『秋田県総合リハビリテーション・精神医療センター（仮称）建設基本構想・基本計画書』が委託先の（社）病院管理研究協会から提案される。
6 月	『建設用地に係る用地測量及び用地取得業務』を秋田県土地開発公社に委託する。
8 月	『秋田県総合リハビリテーション・精神医療センター（仮称）建設実施計画』を策定する（基本計画に基づき、実情を勘案し県が策定）。
9 月	定例県議会において用地取得議案を可決（土地開発基金による取得）し、用地売買契約締結、用地造成に関する測量及び設計を（社）秋田県建設技術センターに委託する。
10 月	建設基本設計業務を（株）岡田新一設計事務所に委託する。
平成 5 年 7 月	建設実施設計業務を（株）岡田新一設計事務所に委託する。
10 月	第 1 期造成工事開始
10 月	第 2 期造成工事開始
平成 6 年 4 月	周回道路の改良及び舗装工事開始
9 月	センター建設工事開始（3 カ年継続事業）
平成 7 年 3 月	地域振興整備公団より医師用宿舎用地（秋田市御所野）を取得
9 月	医師用宿舎基本設計・実施設計業務を設計集団環に委託する。
	単身用宿舎基本設計・実施設計業務を汎建築設計事務所に委託する。
平成 8 年 4 月	総合リハビリテーション・精神医療センター開設準備事務局設置
5 月	医師用宿舎建設工事開始
	単身用宿舎建設工事開始
8 月	センター建設工事竣工
9 月	外構・植栽工事開始
	医療機器・備品類購入開始
	スタッフ（開設準備事務局）センター入居

年	月	日	主 な 事 項
平成 9 年	3 月		医師用宿舎建設工事竣工 単身用宿舎建設工事竣工
平成 9 年	4 月	1 日	秋田県立リハビリテーション・精神医療センター開設
	5 月	1 2 日	診療予約受付開始
	5 月	2 6 日	開所式
	6 月	2 日	診療開始（200床稼動） （リハビリテーション50床、精神100床、認知症50床）
	10 月	2 日	天皇陛下、皇后陛下行幸啓（秋田県地方事情御視察）
平成10年	5 月	9 日	日本リハビリテーション医学会研修施設
平成10年	5 月	1 9 日	リハビリテーション50床開棟（250床稼動）
平成11年	1 月	1 日	精神科応急入院施設
平成12年	4 月	1 日	日本神経学会認定医制度教育施設 放射線科標榜
平成12年	6 月	1 日	秋田県精神科救急医療システム 全県拠点病院
平成13年	1 月	1 日	回復期リハビリテーション病棟施設基準 （リハビリテーション50床）
平成13年	4 月	9 日	ものわすれ外来開設
平成13年	6 月	1 日	認知症50床開棟（300床稼動）
平成15年	10 月	1 日	リハセンドック開設
平成16年	3 月	3 1 日	臨床研修病院指定
平成16年	9 月	2 7 日	財団法人日本医療機能評価機構より評価体系 V e r 4.0 の認定
平成17年	2 月	1 1 日	日本脳卒中学会研修教育病院

3 施設の概要

(1) 建物等の状況

敷地面積 250,858.54平方メートル

建物延べ床面積 25,218.72平方メートル

			室数 平成17年3月31日現在				収容人員(人)
区	画	面積(m ²)	4床室	2床室	個室	(内特別室)	合 計
1 病棟	精神科開放病棟	953.55	5	1	8	1	30
2 病棟	精神科準開放病棟	1,131.62	4	1	12	1	30
3 病棟	精神科閉鎖病棟	1,333.28	4		24		40
4 病棟	リハビリテーション科病棟	1,455.18	10		10	1	50
5 病棟	リハビリテーション科病棟	1,612.24	10		10	1	50
6 病棟	認知症開放病棟	1,455.18	10		10	1	50
7 病棟	認知症閉鎖病棟	1,612.24	10		10		50
病棟合計		9,553.29	53	2	84	5	300

リハビリテーション第1部	1,547.25
リハビリテーション第2部	762.76
デイケア	138.09
外来部門	643.16
薬局	169.69
放射線科	607.82
臨床検査科	374.63
手術室	339.59
小計	4,582.99

講堂（157名収容）	275.89
レストラン（75名収容）	272.62
アトリウム	322.98
霊安室	206.06
2階共通	1,947.59
小計	3,025.14

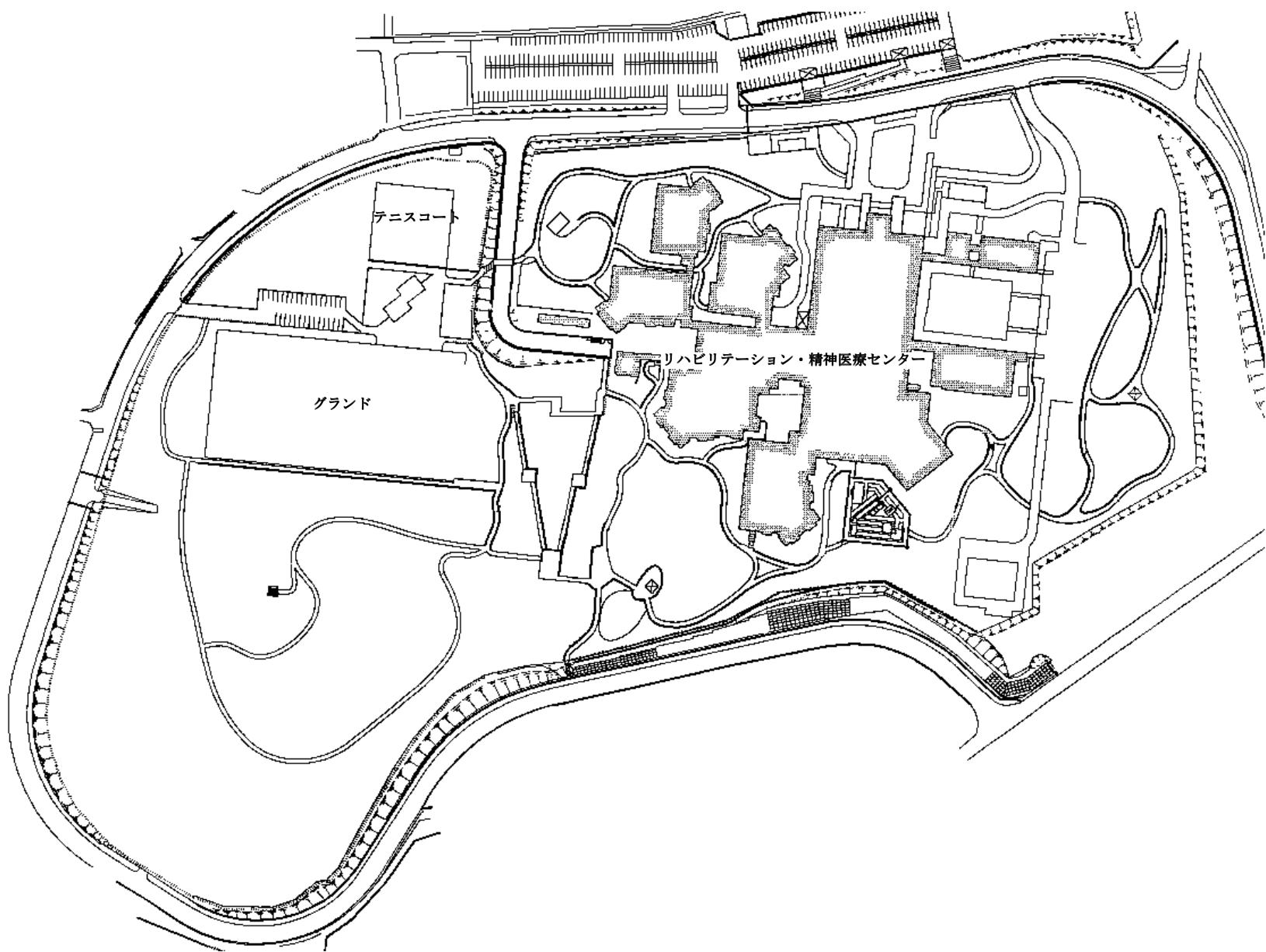
障害者自立訓練センター	1,050.49
体育館	828.10
精神保健福祉センター	533.00
小計	2,411.59
管理その他	5,645.71
延床面積	25,218.72

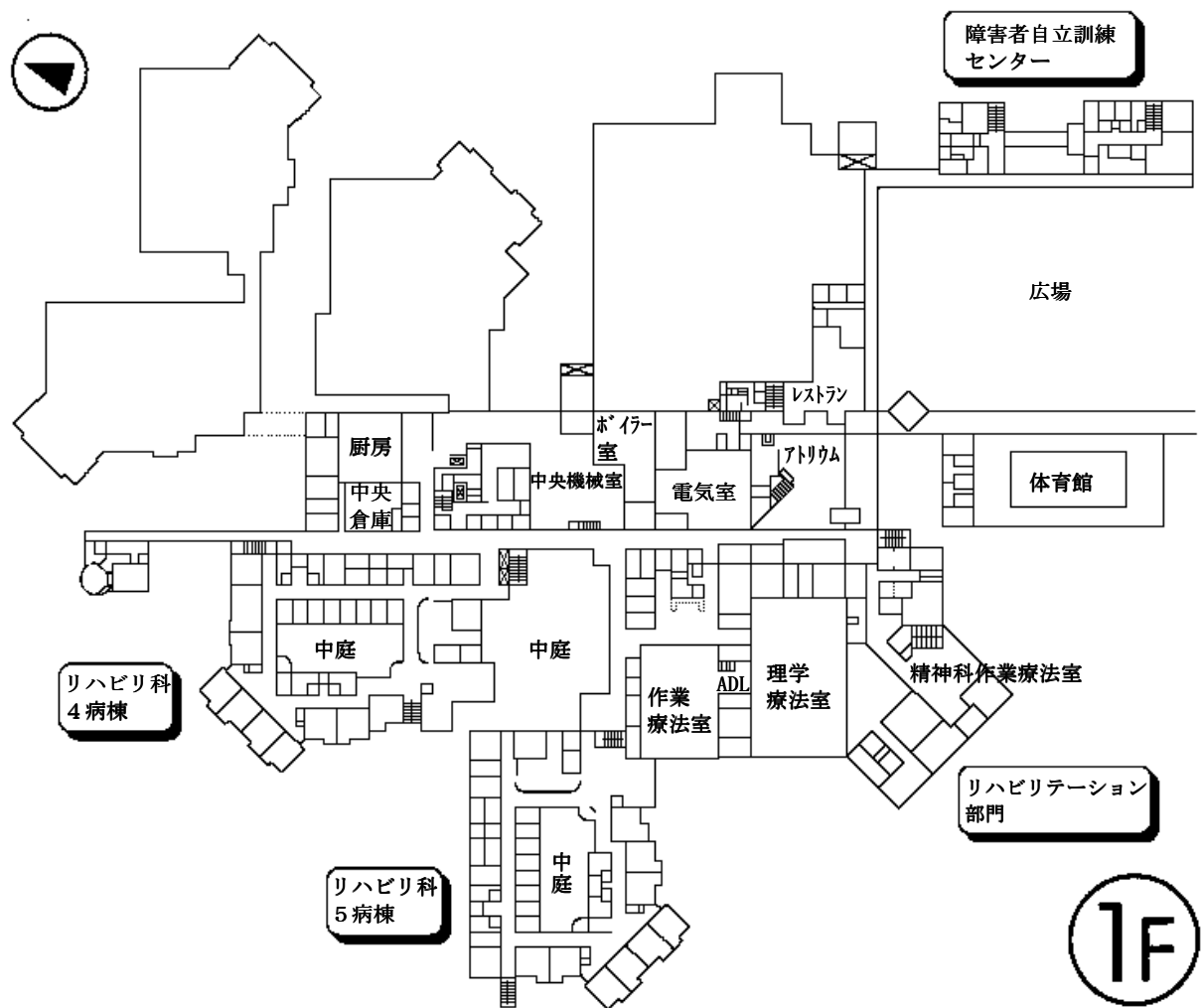
→・精神障害者生活訓練施設（援護寮）

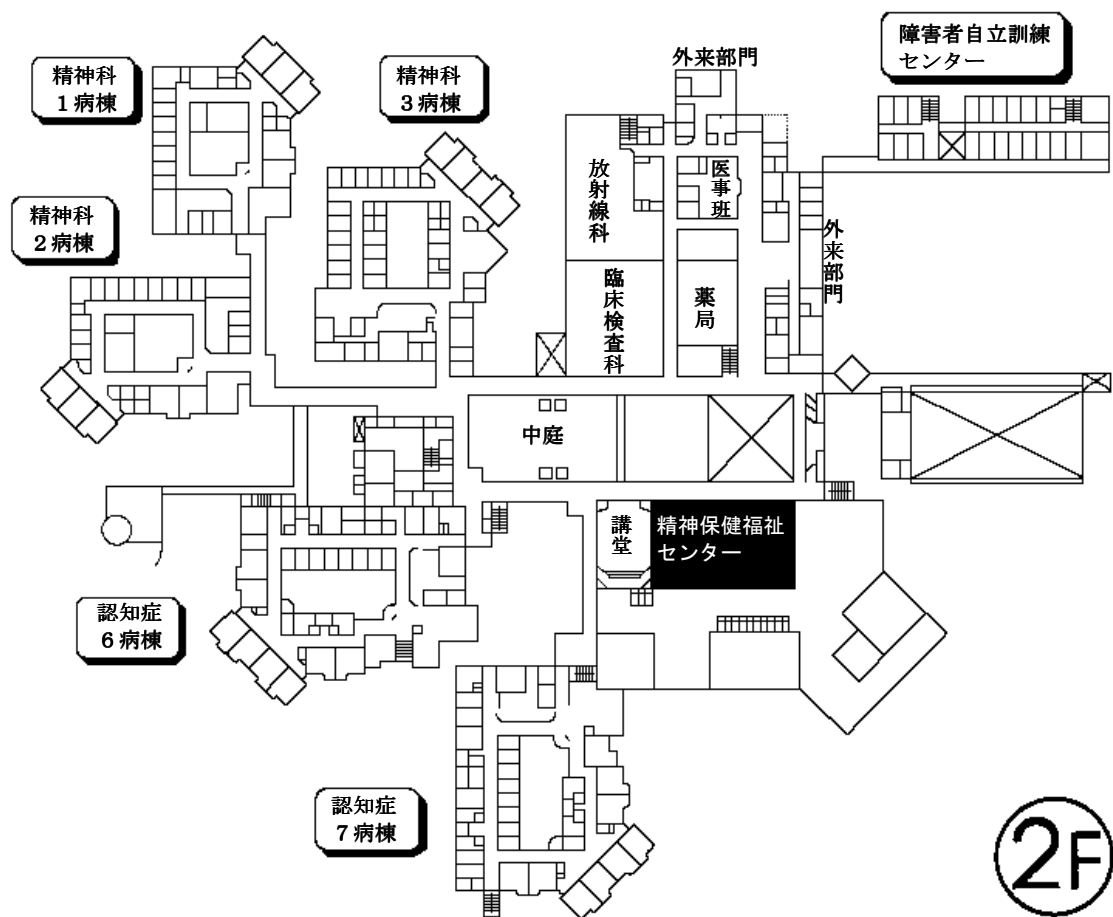
定員22名（個室18室・2人室2室）

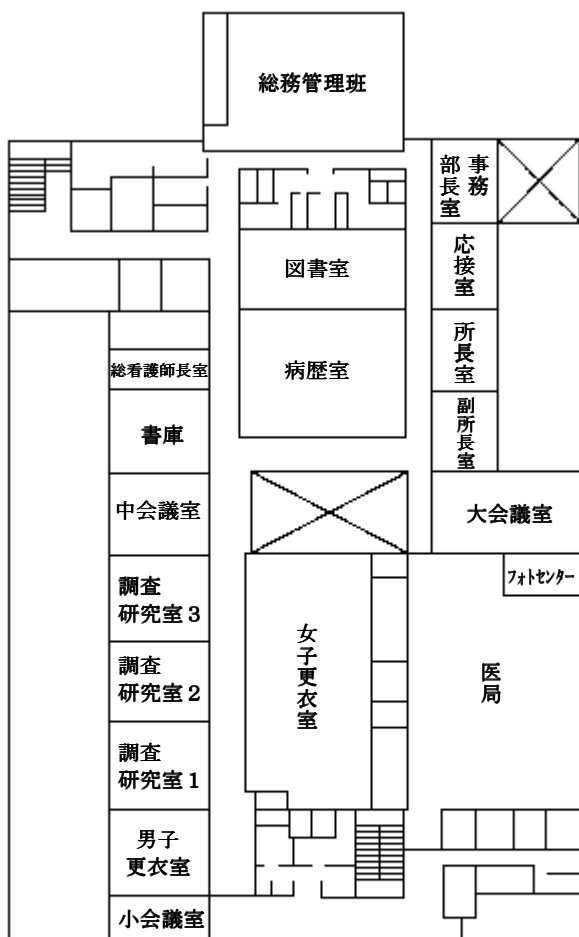
・身体障害者生活訓練室

定員4名（2室）





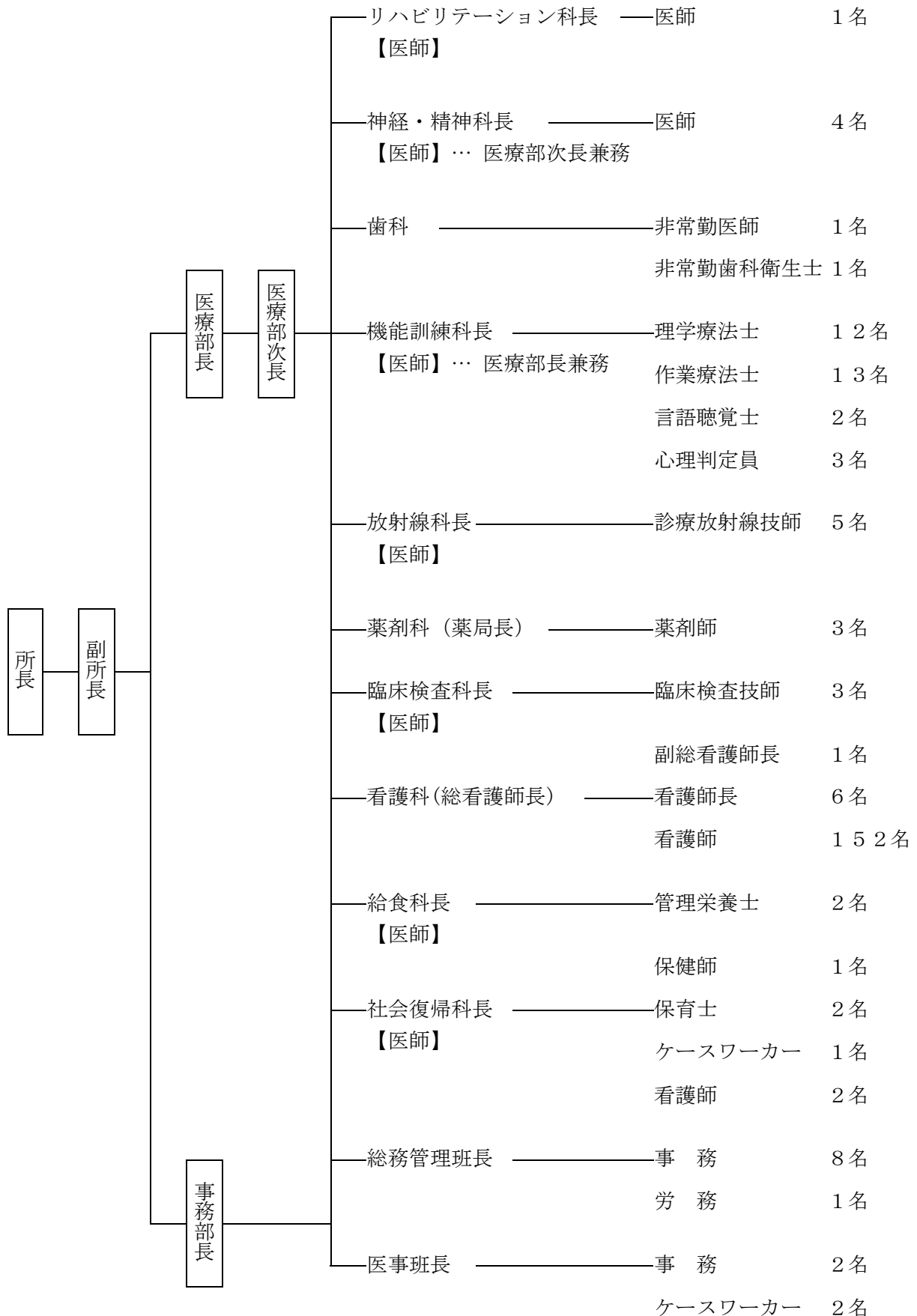




3F

4 組 織

(平成17年3月31日現在)



5 職種別職員数

(平成17年3月31日現在)

職 種		現 員	性 別		管 理 職 (再 掲)
			男	女	
医 師		1 4	1 0	4	9
医 療 技 術	診 療 放 射 線 技 師	5	2	3	1
	臨 床 検 査 技 師	3	1	2	1
	薬 剤 師	4	2	2	1
	理 学 療 法 士	1 2	4	8	—
	作 業 療 法 士	1 3	7	6	—
	言 語 聴 覚 士	2	1	1	—
	ケ ー ス ワ ー カ ー	3	2	1	—
	心 理 判 定 員	3	1	2	—
	管理栄養士・栄養士	2	—	2	—
	小 計	4 7	2 0	2 7	3
看 護 職 員	保 健 師	1	—	1	—
	看 護 師	1 6 2	2 9	1 3 3	1
	保 育 士	2	—	2	—
	小 計	1 6 5	2 9	1 3 6	1
事 務 等		1 4	1 3	1	3
合 計		2 4 0	7 2	1 6 8	1 6

Ⅱ 医 療 活 動

1. 医 療 活 動

(1) 医療活動の特徴

ア. 1年間の患者の動向

平成16年度におけるセンター全体の日平均外来患者数は61.6人で、平成15年度の54.2人を上回っていた。この数年間、リハビリテーション科、神経・精神科とも一日平均外来患者数は増加傾向にあり、放射線科もほぼ一定の外来患者数となっていた。センター全体の入院患者動向を病床利用率で見ると、平成16年は81.9%で平成15年の78.5%を大きく上回った。リハビリテーション科、神経・精神科とも増加傾向にあった。センター全体の平均在院日数は99.3日で、平成15年度の99.1日と同程度であり、短期集中治療が定着したことを示している。リハビリテーション科は89.5日で平成15年の91.5日より短縮し、神経・精神科も104.4日と平成15年の103.2日と同程度であった。リハビリテーション科は平均在院日数90日以内の目標を達成している。神経・精神科の平均在院日数は他精神病院と比較して圧倒的に短い。平均在院日数短縮は効率的医療を行っている証しでもあるが、病床利用率低下の一因となりうる。平成16年度はそれにも関わらず、病床利用率が増加したことの意味は大きい。

イ. 診療体制

リハビリテーション科では、平成15年8月31日に一般病床・療養病床区分の選択で一般病床を選択し、回復期リハ病棟、一般病棟（慢性期回復リハ病棟）の体制で運営している。また、平成15年10月よりリハセンドックを開始した。体力維持を目的とする検診で、生活習慣病、脳血管障害、呼吸循環機能、体力を検査して、運動機能や生活機能を評価する。リハビリテーション科、放射線科、臨床検査科、機能訓練科、看護科が協同で進めている。急性期治療を経過した患者や在宅・介護施設などからの患者であって症状の急性増悪した患者等を対象とする亜急性期病室10床を5病棟に平成16年4月1日から設定した。慢性在宅障害者の入院などに対応するための導入である。神経・精神科では秋田県精神科救急医療体制の中で、全県拠点病院として参加し、平成14年以降は救急患者の24時間受け入れを実施している。平成17年度には秋田県精神科救急情報センターを敷地内に設置し、相談および受診先や搬送手段の調整を行うことになっている。病棟体制は3つの病棟を開放病棟、準開放病棟、閉鎖病棟に機能分化させて診療を行っている。平成17年度には、精神保健福祉士を採用し、医療保護入院診察料の施設基準を整備する予定である。認知症医療はリハビリテーション科担当病棟と神経・精神科担当病棟に分けて診療している。平成13年6月から幅広く認知症疾患の診療・相談を受けるために物忘れ外来を開設している。また、平成16年4月1日より県の老人性痴呆指導対策事業としての認知症電話相談を始め、情報提供に努めている。放射線科では、平成12年4月以降、放射線科を標榜し、地域医療機関からの画像検査依頼を積極的に受け入れている。

ウ. 中期計画の策定

センターの5つの「目指す方向」として、a. これまで進められた医療の量的・質的发展、b.

地域から期待される特徴ある医療、c. 患者中心のサービスの確立、d. 目標管理を重視した運営体制の確立、e. 医療サービスを支える経営基盤の確立、が提起され、この一年間にわたって「目指す方向」の具体化が進められてきた。平成16年度の大きな成果は、平成16年9月に日本医療機能評価機構の病院機能評価の認定を受けたこととともに、「目指す方向」に基づいたリハセン中期計画が完成したことである。今後数年間はこの計画に従ってセンターの充実を果たしていかなければならない。

(ア) 位置づけ

平成8年、9年に策定された病院運営方針「医療活動について」、「医療業務の流れ」は病院の目指す方向と業務のあり方を示し、センターの医療内容の基本を全職員で確認しあった文書であった。さらに平成13年に「リハビリテーション・精神医療センターの今後の運営方針」、平成14年に「さらなる発展のために」を作成したが、これは数年間の経験を踏まえ、センターの果たすべき具体的な課題を提起したものであった。平成17年度版中期計画は、これらの方針がすべて着手され、黎明期は終わったとの認識で作られた。これまでの医療活動をより充実させる、地域で必要とされる活動に積極的に取り組む、政策医療に関わるあるいは提言する、などを中心として高度な医療活動を推進することを目標としたセンター雄飛の時代の計画である。

(イ) 基本的方向

センター医療の役割は長期療養・介護ではなく、短期集中治療による疾病治療と機能改善である。このことは、入院患者のニーズ、短い平均在院日数、県内の医療・介護従事者の意見などから容易に検証することができる。リハビリテーション医療、精神医療で短期集中医療を行って治療効率を高めることは民間病院では難しい場合もあり、自治体病院の重要な使命の1つである。

しかし、これらの領域で一般病床による短期集中治療を行うとき、保険診療上の不利益を被ることになる。入院単価が低いこと、2～3週間程度の平均在院日数で収益増をはかることの困難さなどが影響する。そのため、センター医療の実現には、経営戦略を明確化して努力することが重要である。高度の医療と経営の改善の2つの課題をともに重視することが基本的立場である。

(ウ) 実現のために

中期計画を実現するために、管理会議と各部門との間で計画作成に向けた話し合いがもたれた。これはセンター全体としての5つの「目指す方向」と各部門の具体的目標を一致させ、課題達成を各部門が主体的に行うことに配慮したものである。目標達成の取り組みおよび評価を部門毎に行うこととする。このような部門単位の取り組みが課題実現の後押しとなることを期待している。

課題には達成年度を表示し、できるだけ具体的な目標設定に心がけた。これにより目標が明確になり、評価基準の資料となる。経営改善委員会が部門毎の目標達成度を分析し、適切な方針の修正を行う。このような目標管理体制を導入していく。

エ. 中期計画における具体的取り組み

(ア) 医療サービスに向けた取り組み

a. リハビリテーション医療

(a) 回復的リハビリテーションの向上

i. 回復期リハビリテーション病棟（4病棟）運営の効率化（改善度向上と達成期間短縮）

(i) 障害別リハシステムの構築 [平成19年度末]

- 重症度別・障害別（嚥下障害、半側空間無視など）の治療ガイドラインの作成
- (ii) 軽症者自立クリティカルパス [平成19年度末]
 - A D L 軽度障害者（バーセル指数70点以上）の3ヶ月クリティカルパス作成
- (iii) モーニングケアの検討 [平成19年度末]
 - 理学・作業療法士の早朝訓練の導入の検討
- ii. 慢性期回復的リハビリテーションの確立（介護予防に向けた取り組みの強化）
 - (i) 病棟リハビリテーション体制の整備（5病棟）[平成19年度末]
 - 5病棟における理学療法士、作業療法士の専従体制の確立
 - (ii) 亜急性期病床の円滑な運営 [平成17年度末]
 - (iii) 介護予防クリティカルパスの作成 [平成19年度末]
 - 在宅軽度機能低下者の6～8週間コースプログラムの作成
- iii. R E S（予後予測システム）の精度向上 [平成19年度末]
 - センターのデータに基づくデータベースの構築
- iv. 休日訓練体制の確立 [平成19年度末]
 - (b) 介護予防への取り組み
- i. 外来リハビリテーションの効率化（自主的在宅訓練支援体制の確立）
 - (i) 在宅訓練指導システムの作成 [平成19年度末]
 - (ii) 機能低下早期発見システムの作成 [平成19年度末]
 - 在宅障害者の評価・指導体制の確立
 - (iii) リハセンドックの受診者数の増加
 - リハビリテーションの視点からの生活機能維持ドックをアピールし、受診者を増加させる
- ii. 地域リハビリテーション検診（出前リハセン）の広域化 [平成18年度末]
 - 在宅障害者のリハビリテーション検診による機能低下予防事業の拡大
- (c) 社会復帰・地域支援体制の確立
 - (i) 脳卒中ケアシリーズ（技術講習会）による技術・知識の普及 [平成17年度末]
 - 県内の看護師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士など関連職種の研修会開催
 - (ii) リハビリテーション健康教室の充実（地域住民の啓発活動） [平成18年度末]
 - (iii) 退院患者のフォローアップ事業 [平成17年度末]
 - 退院患者の生活状況を知るお手紙活動
 - (iv) 市町村リハビリテーション教室への支援 [平成17年度末]
 - (v) 地域連携ネットワークの構築 [平成19年度末]
 - 保健師、在宅介護支援センター、看護ステーションなどとの協力ネットワークの構築
- b. 精神医療
 - (a) 短期集中的精神医療の推進
- i. 精神保健福祉士の配置等による急性期医療の推進 [平成19年度]
 - 複数の精神保健福祉士、精神保健指定医を配置し、「精神科救急入院料」体制の確立
- ii. チーム医療の徹底による平均在院日数の短縮 [平成19年度]
 - 退院先施設との連携強化、クリニカルパスの導入による早期退院の実現
- (b) 精神科救急医療体制の充実

- i. 精神科24時間救急医療体制の充実 [平成19年度]
 - ii. 精神科救急情報センターの設置 [平成17年度]
 - 情報センター設置による情報提供と相談事業の確立
 - iii. 精神科救急医療センターとしての体制の検討 [平成19年度末]
 - (c) 心神喪失者等医療観察法の指定通院機関受け入れの検討 [平成17年度末]
 - (d) 教育・研修機能の充実 [平成19年度]
 - 臨床研修医を受け入れ、学習会の定期的開催
 - c. 認知症医療
 - (a) チームアプローチによる認知症リハビリテーションの充実 [平成19年度末]
 - 多職種の協力による認知症リハビリテーションに関する理論・手技の開発
 - (b) ニーズに基づくケースワークの強化 [平成19年度]
 - 家族のための認知症介護講座の開催、患者毎のケースワークの充実
 - (c) 地域の医療機関・福祉施設との連携 [平成19年度]
 - 高度な画像診断機器の活用やセンターの幅広い診療能力提供による地域医療への貢献
 - (d) 認知症に対する医療相談事業・啓発活動の拡充 [平成19年度]
 - 県の「老人性認知症指導対策事業」の認知症電話相談の充実
 - d. 県民の健康・医療政策への貢献
 - (a) 県民健康増進事業の促進 [平成18年度末]
 - i. 新たな介護予防の手法・プログラムの開発・普及
 - (i) 秋田ドンパン体操の制作・発展
 - (ii) 介護予防教室モデルの作成
 - 運動機能評価、ドンパン体操、チューブ体操、健康講座などで構成される介護予防のモデル作成
 - (iii) 介護予防研修
 - 健康運動実践指導者、介護予防指導員、健康運動指導士、保健師などへの研修会開催
 - ii. 各種講演・講話、リハセンだよりなどによる啓発活動 [平成17年度末]
 - (b) 人材育成 [平成19年度末]
 - i. ケアシリーズ（技術講習会）などで専門職の教育・研修の実施
 - ii. 研修医、実習生の受け入れ推進
- (イ) 経営基盤の強化に向けた取り組み
- a. 収益の向上
 - (a) 入院患者・外来患者の増加
 - i. 医療機関・福祉施設などとの連携強化、積極的なPR
 - 医療関連施設との連携、医療・介護関係の会議や研修会などへの積極的な参加、リハセンだより・ホームページでのPR
 - ii. 地域リハビリテーション事業の拡大
 - 地域リハビリテーション検診、リハビリテーション健康講座の開催地域の拡大、回数増加を通じての受診の促し

iii. 空床情報提供の拡大などによる病床利用率の向上

精神科の空床情報の提供先拡大、夜間看護体制の整備などによる病床の有効利用

(b) 病床利用率の向上

i. チームアプローチとインフォームドコンセントの充実による退院の促進

入院患者やその家族へ退院後に必要な情報を提供し、早期退院を援助

ii. 治療の効率化などによる在院日数の短縮

一般病棟における治療の効率化をはかり、平均在院日数を短縮

(c) 診療報酬の算定強化

i. 診療報酬の算定に関わる施設基準への対応

医療保護入院等診療料加算、効率的なリハビリテーション実施などで収益増

(d) 高度医療機器の有効活用

i. リハセンドックでの利用拡大

リハセンドックでの高度医療機器の利用促進

ii. 地域医療機関への画像診断サービスの拡大

精度の高い画像検査を大曲仙北医師会などへ周知させ、利用数の増加を図る

b. 費用の節減

(a) 人件費の節減

i. 職員手当の節減

業務改善及び見直し、意識改革、休日勤務による代休日の取得などで時間外勤務手当と休日勤務手当の節減を図る

ii. 非常勤職員の配置見直し

施設管理業務、ケースワークなどの医療業務、受付業務などの非常勤職員配置の見直し

(b) 材料費の節減

i. 医薬品・診療材料の在庫管理の一層の徹底

各病棟・外来での医薬品・診療材料の定数見直しなど

ii. 脳研との共同購入の推進

リハセンと脳研が採用している医薬品の共同購入実施

(c) 経費の節減

i. 委託業務の見直し

既存委託業務の委託先・委託内容の多角的精査・検討や点検料の必要性などの再検討

ii. 医療機器などの計画的な更新・整備

消耗度・使用頻度の十分な検討に基づく情報機器や医療機器の適正な更新・整備

c. 望ましい運営体制の確立

(a) 経営責任が明確な運営体制の検討

i. 地方独立行政法人化、地方公営企業法の全部適用の適否の検討

(b) 職員の意識改革

i. 教育・研修機会を通じて職員の経営参加意識の高揚

全職員向け院内研修会などにおけるセンターの運営方針及び県財政とセンター予算の説明の徹底

(c) 経営評価の実施

i. 外部専門家を含めた経営評価の実施

医療・福祉・行政関係者・公認会計士を含むセンター運営懇談会における経営評価

ii. 新たな病院機能評価への対応

平成21年の病院機能評価に向けた病院機能の改善・充実

d. 一般会計からの繰り入れルールの確立

(a) 医療部門別会計区分の明確化

部門別会計手法を取り入れて部門毎の収支状況の分析する

(b) 繰り入れルールの見直し

現在の繰り入れルールを見直し、独自採算で賄うべきもの、一般会計から繰り入れるべきものの区分を明確にする

(2) リハビリテーション科

ア 外来診療

平成16年度のリハビリテーション科（以下、リハ科）外来診療は、従来通り新患と再来を合わせて一日一人の医師で対応してきた。一日当たりの新患・再来の外来受診患者数は、これまで同様、わずかずつであるが増加傾向にある。新患紹介とくに入院依頼の患者紹介は、センターの地理的条件もあり、通信手段を利用した依頼が多い。

最近の紹介患者の特徴は、脳卒中、大腿骨頸部骨折、脊髄損傷などの急性期治療後に紹介される場合、他院での機能訓練が中途の段階で当科へ紹介される症例が漸増していることである。急性期病院での平均在院日数短縮の方針により、機能訓練を早期に終了せざるをえない状態のためと推測される。病院間の機能分担が促進されているとも言える。とくに入院が長期化しやすい高齢者の重症重複障害例の紹介が増えている。

再来患者の通院目的は、(1) 再発予防のための基礎疾患と危険因子の治療、(2) 維持的訓練と機能レベルの評価、(3) 疼痛や痙性の治療、装具調整、(4) 障害を抱えながらの社会参加支援、などである。居住地域が遠方の場合には近くの紹介元病院などへ返すことを原則としているが、センター外来で維持的訓練の継続を望む症例も多い。紹介元病院での維持的訓練が不可能な場合には外来治療を行っている。

イ リハセンドック

センターは、MRI、CTなどの高度医療機器を有している。こうした高度医療機器をより有効に活用し、地域住民や県民の健康管理・増進に一層貢献し県立病院としての役割を果たすべく、リハセンドックを行っている。

ドックという言葉からは、病気の早期発見・早期治療の一手法と捉えられがちだが、リハセンドックはこれに留まらず、日常生活の運動能力低下の早期発見・早期治療も考慮した、他施設には見られない特徴的なドックである。リハビリテーション医療での早期発見・早期治療とは運動能力の低下などの障害悪化を早めに見つけて対処することである。リハビリテーション医療の視点で作られたドックである。

平成15年10月からスタートしたが、センターの診療の関係などから当面は、毎週金曜日に1名実施としている。

脳疾患・心臓の検査としてMRIと胸部X線撮影、運動能力を悪化させる生活習慣病の検査として血液・尿検査、体重・身長測定、運動負荷で問題になる心臓・肺機能異常の検査として心電図・肺機能、簡単な運動能力の検査として体力検査を行っている。

受診者数は別掲するが、開始から日が浅く十分に地域住民などに周知されていないこと、実施日と1回の受入人数が少ないことから十分な実績は上がっていないが、課題をひとつずつクリアし、より多くの県民の健康維持・増進に寄与できるリハセンドックの充実を図っていく。

ウ 入院診療

(ア) 実態

平成16年度のリハビリテーション科入院患者数は303名（男189名、女114名）、退院患者数は314名で、平均在院日数89.5日であった。

入院患者の居住地は秋田市・河辺郡が113名、大曲市・仙北郡が81名、次いで、湯沢市・雄勝郡、横手市・平鹿郡、能代市・山本郡の順であった。

(イ) 病床と患者構成

最近の傾向として、知的能力低下をともなった重度障害を持つ高齢者の入院が増加している。そのため、入院患者の平均年齢はさらに上昇してきている。危険防止の観点から、患者の症状・能力に応じて病室を選択しているが、このような重度障害の患者や吸引が必要な患者はナースステーションの近くで眼の届きやすい病室が選択される。しかし、個室の多い病棟であること、回廊式でナースステーションから離れた病室が多いこと、重度障害者の多くはナースステーションから離れた病室に転室する程の機能改善が望めないケースが多いことから、重症患者は軽症者用の空床があっても直ちに入院できないこともある。個室やナースステーションから離れた病室の空床が目立つ一方で重症者の病室は回転しにくい状況となっている。

重症者は、退院後も相当な介護力が必要とされる。したがって在宅療養が困難で施設入所が適応となるが、施設の空きがなく、退院できない症例が増加している。

(ウ) 診療

これまでの入院患者の病名から考えて、脳卒中・頭部外傷・脊椎脊髄損傷・大腿骨頸部骨折術後、などの急性期治療後の患者や、神経変性疾患を含む慢性疾患で機能障害・機能低下を呈した患者が入院の好適応である。また在宅生活中に基礎疾患の増悪や合併症などで機能低下が生じた患者、運動不足などによって肥満や動作能力低下が生じた患者なども入院の対象となり、食事療法・運動療法・生活指導などが行われる。

平成13年1月回復期リハビリテーション病棟を開設し、急性期直後のリハビリテーションを積極的に行っている。最近では、脳卒中後遺症に知的能力の低下が加わって、動作能力が低下したり家族の介助が大変になって入院となるケースも増加している。入院診療は包括的リハビリテーションを中心として進めているが、内容としては障害者の合併症や続発症の治療、機能低下と再発予防の生活指導に力点を置いた入院診療が増加している。

入院診療では、しばしば認められる高齢者の認知症の合併に対して、(1) チーム医療による包括的リハビリテーション、(2) 家族指導を含め生活上の障害に対処すること、(3) 高次脳機

能障害、記憶や注意障害などに対して、認知リハビリテーションの手法を開発すること、などが重要と考え、また、平成13年6月の開放型認知症病棟（50床）の開設とともに、（4）変性性認知症を含む認知症の早期診断、薬物治療やリハビリテーション、（5）知的能力の低下を含む廃用症候群に対してのリハビリテーション（グループ訓練や個別機能訓練）などに積極的に取り組んでいる。

エ 今後の展望と課題

対象患者が高齢化する一方で、機能レベルでは要介助に留まる例が増加している。介護力がなく受け入れ困難な家族も多く、入院と同時に退院後の福祉サービスを念頭に対処する患者が目立ってきている。ソーシャルワーカーの増員、地域リハビリテーション協議会などの地域ネットワーク構築が急がれる。またセンターは日本リハビリテーション医学会研修施設、日本神経学会教育研修施設、日本脳卒中学会研修教育病院の認定を受けており、地域リハビリテーションのレベル向上の牽引役となり、さらにリハビリテーション医やリハビリテーションのわかる神経内科医・脳卒中医を増やす役割も求められている。開放型認知症病棟の開設とともに認知症を中心とした高齢者へのリハビリテーションの構築も重要な課題であり、これらの使命を果たすため、センターとして、また診療科として、さらに邁進する所存である。

（3）神経・精神科

平成16年度は従来の業務の発展とともに、精神医療の制度変更への具体的な準備、緊急医療支援への対応が要求された。平成17年7月から施行される心神喪失者等医療観察法への対応のために、同法で指定される精神保健判定医候補者などを対象とする講習会へ、平成16年11月には仙台市、平成17年2月には大阪市へ精神科医師各1名を派遣した。また、県内で行われた同法施行前の打ち合わせ会議へ出席し、討議を行った。特筆すべきものとして平成16年10月23日に生じた新潟県中越地震へこころのケアチームを派遣したことが挙げられる。平成16年11月24日から12月25日までの約1ヶ月間、病院全体の力を結集して、医師1名、看護師1名、事務職員1名計3名を1チームとし、約1週間ずつ、合計6チームを新潟県川口町（震度7を記録したところ）へ送り支援を行った。通常の診療体制から人員を割いての支援でそれぞれの負担も少なくなかったが、現地の人々から感謝され、また、外傷性ストレス障害（Posttraumatic stress disorder；PTSD）を初めとする災害時心理についての具体的な経験を得、洞察を深める貴重な体験となった。準備中だった新医師臨床研修制度へは、秋田大学医学部の協力型病院として参加し、来る平成17年4月、5月の2ヶ月間、同大学の研修の一環としての精神科研修を当院で行う準備を進めている。通常の診療体制も医師、看護師他の担当職員の努力により、平均在院日数の減少傾向が続いている。より多くの県民へ集中した治療の機会を提供することにつながる現象である。平成17年は前述の研修医受け入れを初めとして、7月の心神喪失者等医療観察法施行への対応などが必要となる。とくに、後者は一般診療への影響を生じうる制度なので、慎重、着実に対応していきたい。

1）一般外来診療

外来患者数は漸増を続けており、1年間の延べ外来患者数をみると、平成14年度は8,519

名、平成15年度は8,686名、平成16年度は10,025名と増加してきている。平成16年度はとくに増加数が大きい。初診患者数をみると、平成14年度は214名、平成15年度は216名に対し、平成16年度は281名と大きく増加した。しかし、初診患者数の増加のみでは、延べ外来患者数の増加は説明できない。退院患者を地元の医療機関への紹介する努力は変わらず続けているが、高速道路の整備などに伴って診療圏が拡大されたため、退院後の通院先として当院を選ぶ傾向が高まっていることも考えられる。精神科デイケアも引き続き行われており、平成16年度は1日につき5～16名、1日平均10.3名が通所した。

2) 入院診療

認知症病棟である6、7病棟を除く1、2、3病棟（合計100床）の1年間の延べ入院患者数は、平成14年度は31,123名、平成15年度は30,623名、平成16年度は32,105名となっている。病床利用率をみると、平成14年度は85.3%、平成15年度は83.7%、平成16年度は88.0%となっている。85%前後で推移していることになる。平均在院日数は、平成14年度は118.1日、平成15年は107.4日（統計方法の調整により一部変更）、平成16年度は112.3日であった。今後も在院日数の短縮に努めたい。さらに、平成17年度は行動制限最小化委員会の立ち上げにより人権保護体制の充実をより図りたい。

3) 精神科救急診療

1年間の延べ救急受診者数は、平成14年は128名（うち入院76名）、平成15年は85名（うち入院55名）、平成16年は115名（うち入院61名）と推移している。全体数の減少は県全体の精神科救急体制の充実が反映されている可能性がある。救急入院患者のうち夜間、休日の入院者の割合は、平成14年度は57.9%、平成15年度は64%、平成16年度は72%と着実に増えている。警察、保健所からの救急患者紹介は平成14年度は15名、平成15年度は7名、平成16年度は5名と変動しながらも減少傾向にある。これも県全体の救急体制が充実したことによると思われる。日中の時間帯の緊急入院は通常の業務となり、業務マニュアル、責任分担も整備され、順調に機能している。

（4） 認知症診療

リハビリテーション科と神経・精神科の診療協力体制による診療が継続されており、定期的な痴呆診療委員会開催により調整が行われている。平成15年度の認知症病棟全体（100床）への入院数は291名であり、平成16年度は293名とほぼ同様の実績であった。

1) ものわすれ外来診療

認知症患者への総合的窓口として、平成13年4月9日から開設された。延べ受診者数は、平成14年度は867名、平成15年度は1,004名、平成16年度は1,045名と着実に増加している。延べ新患数も平成14年度は167名、15年度は198名であり、16年度は223名と増加傾向にある。

2) 6病棟診療

平成13年6月1日から開業された認知症病床の6病棟も順当に機能している。1日平均入院患者数は、平成14年度が37.2名、平成15年度が37.1名、平成16年度が39.3名であった。病床利用率は、平成14年度が74.4%、平成15年度が74.2%、平成16年

度が78.6%であった。平均在院日数は平成14年度が97.9日、15年度が71.5日、平成16年度が73.0日だった。リハビリを積極的に行うなど他にない特徴をもっている。

3) 7病棟診療

センター開業時から運用されている7病棟の1日平均入院患者数は平成14年度が39.4名、平成15年度が39.1名、平成16年度が41.4名であった。病床利用率は平成14年度が78.7%、平成15年度が78.1%、平成16年度が82.8%であった。より活発な病棟運営がなされている。平均在院日数は、平成14年度は228.1日であり、平成15年度は128.3日と前年の半分近くと大幅に低下した。平成16年度も129.7日で前年とほぼ同様である。病床利用率と平均在院日数は相反する数値であり、平均在院日数の短縮は通常、病床利用率の低下と結びつく。担当職員達の診療努力により、平均在院日数の短縮と病床利用率の向上の両立がなされたと考える。

(5) 機能訓練科

ア. 診療の特徴

(ア) 多職種の連携

機能訓練科は理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士により、種々の障害に対する評価と訓練を行っている。各専門職は列挙順に基本的運動・動作能力の回復、応用的動作・日常生活活動・社会適応能力の回復、音声言語機能、コミュニケーション能力の回復、聴覚・嚥下機能の回復、心理検査・カウンセリング・心理療法を主治医の指示に基づいて行う。

また、事務部医事班所属のケースワーカーが相談業務・社会資源の有効活用などを行っている。機能訓練科が目指す生活機能の改善とは、人間の持つ多面的機能の総合的回復であり、疾病の軽減にとどまらず、果てしない最適機能の追求である。多専門職のチームアプローチはこのような作業を行うために必須であり、センターのリハビリテーション医療の特徴でもある。

(イ) 三領域へのリハビリテーション的介入

リハビリテーション医学は基本的に、運動機能障害に関わる臨床医学の限定された分野であり、整形外科的、神経内科的障害を対象とする特殊な技術体系を指す。センターでは、このような定義のリハビリテーション医学とともに、精神障害者のリハビリテーション、認知症（痴呆性疾患）患者のリハビリテーションも同時に行っている。

三領域のリハビリテーションには共通点も多いがそれぞれの特殊性もある。この三領域が共同して医療を展開しようとしていることがセンター医療の大きな特徴である。

イ. 各部門の活動

(ア) 身体障害者リハビリテーション部門

4、5病棟（リハビリテーション病棟）の重度患者（厚生労働省看護度Aの分類すべてとB、CのII、IIIに含まれるもの）、すなわち、重度障害や複雑障害を持った患者の増加は一層進む可能性が大きく、平成10年度38.4人/日であったのが、平成15年度43.3人/日、平成16年度43.7人/日、と漸増し、その病床全体に占める割合は54.8%から57%前後に増加している。機能訓練科では、この重度患者の増加への対応を迫られている。平成16年度の

訓練・検査実施患者（カッコ内は平成15年度実施患者）は理学療法22,677件（23,016件）、作業療法14,640件（14,227件）、言語聴覚療法2,924件（2,952件）、心理検査・心理療法550件（483件）であった。

身体障害者リハビリテーションは、医師、機能訓練科職員、看護職員が参加して行う全症例に関する症例検討会（週1回）、回復期リハ病棟で行われる担当者会議（週1回）、および運営会議（月1回）で運営されている。症例検討会で共通目標、部門毎目標を設定し、それぞれの計画・プランを立てて治療を行う。総回診、担当者会議で治療の効果を再評価し、方針変更や継続などを決定する。情報収集、評価、目標設定、計画とプラン、治療、再評価などのリハビリテーション過程を全部門で検討し、それと整合性を持たせて各部門の目標・方針を作成する。そこでの決定に基づいて各部署での検討会議が継続的に行われている。

患者の希望に基づいて、平成15年10月から3連休のときは訓練日を1日設けることとし、平成16年度以降も継続している。最近その有効性が報告されている病棟での終日訓練（Full Integrated Training, FIT）は、スタッフの増員がない限り、現実的に困難な状況である。また、平成16年度から回復期リハ病棟の担当療法士数を増加させた。回復期リハ病棟では病棟で実際に行う日常生活活動訓練がとくに重要であり、その点からは今後、終日訓練、“朝起きてから寝るまでの日常生活動作”の訓練導入が望まれる。

さて、介護保険制度の改定が予定され、自立支援の立場からリハビリテーション強化が強調されている。病院外来におけるリハのあり方、回復期リハ病棟の役割、慢性期回復期リハの進め方など、センターリハ体制の今後のあり方を十分検討してゆく必要がある。

（イ）精神障害者リハビリテーション部門

（a）入院リハビリテーション

入院患者への精神科作業療法では、スポーツ、手工芸、調理などを訓練手段として取り上げている。その他、野外訓練の一環として梨狩りや院内なべっこ会なども病棟スタッフと協力して実施している。平成16年度の精神科作業療法実施件数は2,576件（平成15年度2,433件）であった。精神科作業療法は病棟生活の改善も重視するため看護師の協力が必要であり、週一回の作業療法士と看護師のカンファレンスで、情報交換や治療方針の確認などを密接に行っている。また、専任スタッフ（看護師、心理士）で担当するSST、個人心理療法や心理査定も行われている。実施件数は計654件（平成15年度461件）であった。

（b）精神科デイケア

精神科デイケアの利用者は在宅者や障害者自立訓練センター入所者が中心となる。活動内容は、自主活動、創作活動、ビデオ鑑賞、カラオケ、社会生活技能訓練（social skills training；SST）、スポーツなどである。その他、月1回の頻度で野外活動、調理実習、書道などが行われている。活動のプログラムは月1回の参加者中心のメンバーミーティングで決められる。また、臨床心理士との協力で3カ月を1クールとして、SSTが行われて実施件数は464件（平成15年度295件）であった。デイケア利用者の家族を対象として、家族教室の開催も行っている。平成16年度の通所者延べ数は2,001人で、平成15年度の1,772人より大幅に増加している。

デイケアの入所手続きは、外来担当医からの見学依頼書に基づいて面接や見学参加を行う。その上で、デイケアスタッフが受け入れ会議を行い、参加の適否を決定する。

(ウ) 認知症患者リハビリテーション部門

精神科作業療法を中心にリハビリテーションを進めている。身体機能、認知機能、精神症状、日常生活活動などの評価を行い、患者の特性に応じて集団訓練または個別訓練を展開する。ゲームや軽い体操、歌、手工芸、リアリティオリエンテーション (ROT)、回想法などが行われている。平成16年度の精神科作業療法実施者数は6,285件で、平成15年の延べ件数7,911件より減少した。この件数減少は主に認知症作業療法システムを見直した結果によるもので、この間に訓練時間やその内容の充実が図られた。他方、認知症患者で身体障害者リハビリテーション部門での訓練を必要とする患者も多くなっている。また、心理検査・心理療法（回想法）の実施件数は1,052件（平成15年度801件）であった。

6病棟では医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士、ケースワーカーが参加して症例検討会を隔週で行っている。

(6) 放射線科

放射線科では、単純撮影装置の他、X線テレビジョン、MRI、CT、頭部専用SPECT装置、ガンマカメラなどを備えている。リハビリテーション・精神医療の施設として必要なほぼすべての放射線検査に対応可能である。

X線検査はすべてCRで統一していることから、放射線画像はすべてデジタル画像としてDVD-Rに保存する電子保存システムを採っている。放射線画像および放射線専門医の読影レポートは、病院内のネットワークを介して、外来や病棟などの端末から表示可能である。

検査としては、胸部、腹部、脊椎、四肢などの一般撮影、脳脊髄のCT・MRI、脳血流のSPECT、バリウム粉末を含んだ食品造影剤による嚥下造影などが多い。

平成12年4月から、放射線科を標榜したことにより、センター外の医療施設からの依頼検査を行えるようになり、近隣医療施設からの依頼が次第に増加している。迅速な対応により、地域医療サービスに応えられるようになっている。

平成15年10月からリハセンドックを開始しており、生活機能低下の予防に一役かっている。

(7) 臨床検査科

臨床検査科では、今年度から血小板凝集能測定装置を導入し、リハビリテーション患者の抗血小板剤投与におけるモニタリングを開始した。

また、老朽化したLMInetに変わる新しいオーダーリングシステムの使用を開始し、検体検査受付時間の短縮と検査結果報告の短縮を実現した。

生理検査のシステムは現在構築中である。オーダーリングシステムの完成は、検査の効率化と診療および患者サービスの向上につながるものと期待される。

今後は老朽化してきた検査機器を順次更新し、より一層の患者サービスと経営改善に努めるつもりである。

(8) 薬剤科

薬剤科では、医療事故につながる可能性が高い散薬の取り間違いや計量ミスを防止するために散剤監査システムを導入している。また、錠剤やカプセルを正確に一包化するために自動錠剤分包機も取り入れている。しかし、機械化によって調剤過誤を皆無にすることは不可能である。調剤の現場では、判断に加えスピードが求められる。そのため、システムに頼りすぎることなく、十分な注意と必要な確認を行うように心掛けている。

平成16年度の1日平均外来調剤件数は、157.7件で、平成15年度の140.8件を大きく上回った。

平成16年3月から新総合医療情報システムが稼働し、外来患者のお薬手帳に添付する薬剤情報の文書を提供することが可能になった。お薬手帳は、薬の情報を経時的に整理することができ、患者が他の医療機関を受診する際に服用薬の情報を提示できるメリットがある。センターでもお薬手帳を利用している外来患者が増加してきており、お薬手帳に添付する薬剤情報の提供は患者サービスの向上につながるものと期待される。今後は調剤だけでなく、個々の患者への情報提供などを通じて良質な医療に貢献できるように努めたいと考えている。

（9）給食科

健康指向の昨今、ことに食への関心は高まる一方で、病院給食の役割も重視されてきている。給食科は、適切な食事提供による疾病の回復促進と、患者家族への栄養指導などを通じてより豊かな食生活への支援をめざしている。給食管理部門においては、より正確に速やかな食事提供を行うため、献立作成、栄養管理、入退院、食事変更、食事箋や食数管理、材料の発注や在庫管理、栄養統計などの給食関連業務が、総合医療情報システムでコンピューター管理されている。当院の病院給食は開院当初から入院時食事療法Ⅰに基づき、各病棟ごとに設備された食堂で、適時適温給食による食事提供を行っている。成分別栄養を基本とした食事基準で医師の指示に基づき、嚥下障害、内科疾患に対する治療食や禁食指示に対応するほか、認知症病棟患者には午前と午後のおやつ提供を実施し、病状に応じた栄養管理を心がけている。ことに嚥下障害への対応では、主食は重湯、5～7分粥、全粥ブレンダー、全粥、米飯、おにぎり（一口大と普通サイズ）、ロールパン、食パンなどの選択があるほか、副食もゼリー、ブレンダー、きざみ（一口大、きざみ、極きざみの3段階）、とろみづけなどの食事形態の選択が可能であり、嚥下障害のリハビリテーション訓練に極めて重要な役割を果たしている。食事を摂取しやすい食事形態や食器についても検討を重ね、食事動作が困難な方にも対応している。また、非常災害発生時のガス、水道、電気などの使用不能な事態に備えて、常に全患者に対応可能な2日分の非常食を備蓄している。入院および外来の患者家族を対象とした栄養指導は、医師の指示のもとに栄養相談室において実施している。様々な内科疾患や嚥下障害に対応した治療食の指導では、ビデオ、フードモデル、パネル、パンフレットなどの豊富な資料を用いた個別指導を行っており、嚥下食指導では実際の調理場面の見学も行っている。また、病院給食をより愉しんでいただくために個人の嗜好を尊重して、毎週1回昼食と夕食のセレクトメニューを実施しており、栄養士が個別に献立の希望を聴取するなどの工夫をこらしている。主要な行事のさいには、季節感溢れる行事食を提供しており、行事食や誕生日にはうれしいカードも添えている。病棟ごとに企画される野外レクリエーションでは、昼

食の弁当の提供にも対応している。このほか、栄養士による患者を対象とした面接アンケート調査や嗜好調査や、病棟訪問による食事に関する意見交換も行って、患者や看護師の意見の反映に努めている。毎年恒例のリハセン祭では、栄養相談コーナーを設けてフードモデルやパネルによる指導を行っている。平成16年度は嚥下障害食の試食や栄養補助食品、嚥下障害患者用の試供品提供も行い好評を得た。今後はより充実した病院給食を提供して健康増進や疾病予防に貢献するため、患者の嗜好や栄養状態の調査に基づき、栄養管理情報を提供したり、患者家族に対する生活習慣病などの集団栄養指導や、医療関係者に対する栄養関連の啓発的指導を行う計画も検討中である。

(10) 看護科

ア 看護科の概要

(ア) 看護科の理念

患者さんの権利の尊重を基本とし、身体やこころに障害のある患者さん及び家族が障害を受け止めながら、その人らしさを失わず、生活の再構築ができるよう思いやりのある看護サービスに努めます。

(イ) 基本方針

- a. 患者さんの個別性を尊重し、安全、安心で満足が得られる患者中心の看護に努めます。
- b. 患者さん及び家族が生活の再構築ができ、自信回復につながるよう支援します。
- c. 看護科の役割を認識し、チーム医療に貢献します。
- d. 専門職業人として、責任とやりがいを持てるよう研究活動の推進と教育の充実に努めます。
- e. 効率性を追求した業務改善を図り、病院運営に貢献します。

(ウ) 平成16年度看護科目標及び活動計画

基本目標 「安全」「安楽」「自立への支援」

1. 看護支援システムを活用し、看護の質の向上を図る。
2. 患者の安全とサービスの向上を図る。
3. 各自の役割や課題を認識し、解決に向けた行動ができる。

活動計画

具体的目標	実施方法	推進体制
・看護支援システムの操作技術の習得 ・根拠に基づいた看護過程の展開と記録の連動	・マニュアルの活用 ・インフォームドコンセントの推進 ・モジュラー機能の活用 ・カンファレンスの有効活用 ・看護記録の充実	・各病棟の看護師長・担当者を核として訓練する。 ・医師との連携、入院時オリエンテーションの充実 ・記録委員会、標準看護計画委員会
・ADLの拡大 ・事故防止の徹底 ・患者の満足が得られるサービスの推進	・行動制限、隔離拘束患者の減少 ・おむつ使用者の減少 ・病棟レクリエーションの実施 ・転倒・転落患者の減少 ・医療事故・院内感染・褥瘡対策マニュアルの遵守 ・家族指導の充実 ・接遇マニュアルの活用 ・家族との連携、マニュアルの有効活用 ・患者満足度調査の実施	・看護師長を中心に計画、実施 ・院内委員会の活用と職員への徹底 ・リスクマネジメント部会 ・院内委員会の活用と連携 ・院内委員会、看護科業務委員会、看護師長、病棟担当者の協力
・目標管理の充実 ・看護技術力のレベルアップ ・研究活動の推進	・職務規定、センターの現状の理解と協力 ・各自課題を掲げ、解決に向けてチャレンジし、評価し、職員のやりがい感を支援する ・OJTの推進 ・各委員会同士の連携 ・各部署から1例提出 ・院外への積極的な投稿推進	・看護師長、看護師間の連携 ・院内・看護科教育委員会 ・臨床実践能力評価、チャレンジシートを活用 ・研修計画に基づいた参加啓発 ・看護科委員会委員長会議の開催（9月、2月） ・看護研究委員会 ・院外講師からの援助体制

イ 入院患者の看護度・救護区分（病棟別一日平均患者数）

病棟	患者数	看 護 度												救護区分		
		A				B				C						
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	担送	護送	独歩
1	25.4	0.1	0.5	1.8	0.1	0.0	2.3	4.4	1.0	0.0	0.0	7.1	8.1	0.2	5.2	20.0
2	26.5	1.6	1.1	1.5	0.1	0.1	3.2	8.5	3.3	0.0	0.2	3.5	3.4	0.1	26.4	0.0
3	36.0	7.2	0.9	1.2	0.8	0.2	2.6	6.8	9.0	0.0	0.5	1.3	5.5	0.0	36.0	0.0
4	39.6	2.8	3.6	0.7	0.2	2.7	8.6	2.7	0.2	0.0	0.4	11.6	6.1	4.4	29.2	6.0
5	37.2	1.9	2.9	1.4	0.2	3.4	10.9	1.7	0.0	0.0	0.8	11.4	2.6	7.0	25.1	5.1
6	39.3	6.8	10.3	3.4	0.1	0.5	9.4	4.4	0.0	0.0	0.7	3.3	0.4	0.8	38.1	0.4
7	41.4	17.1	3.6	0.1	0.0	3.3	10.4	2.4	0.0	0.0	1.4	2.9	0.2	1.8	39.6	0.0
計	245.4	37.5	22.9	10.1	1.5	10.2	47.4	30.9	13.5	0.0	4.0	41.1	26.3	14.3	199.6	31.5

看護度の基準： 厚生省（１９８４）

看護観察の程度

A：常時観察 B：断続的な観察 C：継続した観察は特に必要がない

生活の自立度

I：自分ではできない

II：自分でできることもあるが、できないことが多い

III：自分のことは大体できるが、自主的な行動には問題が残されている

IV：自主的な行動はかなりとれるが、社会適応には問題が残されている

看護観察の程度が「常時観察」、あるいは生活の自立度が「自分ではできない」、「自分でできることもあるが、できないことが多い」に含まれる重症患者数は一日平均１３４名で、全体の５４．４％であった。平成１１年度は一日平均患者数が１０８名、５１．４％であったので、より重症患者が多くなっていることが明らかである。

ウ 看護活動

（ア）看護科

平成１６年度はセンターのオーダリングシステムの入れ替えという大事業があり、看護科としても新システムに慣れ、事故なく患者によりよいサービスが提供できるよう確認しあいながら進めてきた。また全国自治体病院協議会精神科特別部会院長・医長、看護部長・看護管理者合同研修会の担当県としてセンター全体の協力を得ながら進めた結果、他県の方たちに喜んでいただけたことも大きな収穫だった。９月には待望の「日本医療機能評価機構」の認定を受けることができたこと、中越大地震後「こころのケアチーム」のメンバーに看護科職員を派遣できたことなど新しいことに参画できたことは看護科職員の大きな励みになった。

看護の使命は患者により看護サービスが提供できるよう技術の向上に努めることにある。そのためには他の部門と共同することが大切であり、そのことも徐々に進められてきていると思つて

いる。また看護師1人1人の能力を生かし、やりがい感にもつながるよう目標管理、人材育成にも力を入れ外部からの指導も受けながらではあるが、その成果も着実に現れていると自負している。

産休、育児休暇などに伴う人員の確保や適正な配置など課題は多いがその都度、お互いに知恵を出し合いながらさらに発展していきたい。

(イ) 外来

リハビリテーション科、神経・精神科、ものわすれ外来、歯科、耳鼻科、循環器内科、眼科、泌尿器科などの特殊外来で診療が行われている。経口摂取不可能な患者に対して依頼があれば胃瘻造設を行っている。また、平成15年度からは一般内科医が加わり、病棟への往診にも応じている。さらに平成15年10月1日からは、リハセンの医療の特徴を生かしたリハセンドックを開始した。日常生活能力を低下させる要因を早期に発見することを目的とし、半日コースで毎週金曜日に行っている。

(a) 主な看護業務

- a. 病院の窓口として地域連携を重視し、患者や家族のニーズを理解し、心暖かで信頼される病院作りに努めている。
- b. 各科の診療が安全かつ円滑に機能するように、業務の改善や見直しを行い、効果的な患者ケアをめざしている。
- c. 入院中に向上した日常生活活動（以下ADLと略す）を維持できるよう、疾病の悪化防止、家庭・職場の環境問題や介護面についての相談への対応と指導、ケアの提供などを行い、セルフケア能力やQOL（Quality of Life）向上のため継続的な看護を展開している。
- d. 歯科では歯科衛生士が入院患者の食後のブラッシング指導を平成16年度は延べ21名に行い、口腔ケアの充実を図るための援助に積極的に取り組んでいる。
- e. 病院と地域・福祉施設などと連携を図り患者や家族に対して情報提供のサービスに努めている。

(ウ) 精神科病棟（1・2・3病棟）

(a) 1病棟（開放病棟）

a. 主な看護業務

社会復帰への準備を援助する病棟として位置づけられている。在院期間は精神症状によって1ヶ月から1年程度で、自宅退院し社会復帰をしている患者が多い。しかし中には人付き合いのまずさ、生活のしづらさを理由に再入院するケースも少なくない。また患者の年齢層も思春期から老年期までと幅広く、患者の多様なニーズに応じた専門的な看護判断・対応が広く求められている。症状によっては急性期の患者も受け入れている。援助内容として

- 1) 社会性を身につけるための生活指導
- 2) 社会資源を活用しながら、退院にむけての支援
- 3) 患者と家族の調整を図り社会復帰に向けての援助

を行っている。

b. 病棟の取り組み

入院生活から社会生活に近づけるために、スポーツ、カラオケ、ビデオ鑑賞、調理などの病棟レクリエーションを患者と共に企画・実践している。毎年行われている秋の梨狩りに加え、春の桜鑑賞を行うなどバスを利用したレクリエーションの機会を増やす事で参加者から好評を得た。

＊桜鑑賞（４月２２日）……………（参加者５名）

「桜がきれいだった」「また院外に出かける事があったら参加したい」「外で食べたおでんやアイスがおいしかった」「今後も続けて欲しい」「自由時間がもっとながければいい」「今度は買い物に行きたい」などの感想が聞かれた。

（b）２病棟（精神科準開放病棟）

うつ病では急性期の入院が殆どであり綿密な観察と安全面に配慮した環境整備が重要となっている。統合失調症でも急性期を脱した患者も多いが自傷行為、衝動行為などの問題行動が予測される患者も多く個別性を捉えた観察、対応が求められる。

患者は日常生活全般に自発性が低下しており、看護面では基本的な日常生活面での援助・指導を行いセルフケア能力の向上をはかり、作業療法・SST・病棟レクリエーションなどを定期的に行い対人関係作り、集中力・協調性を養うよう動機づけをしている。また入院時より患者の病状についての情報共有が看護上重要であり、家族と関わりを持つよう来院時は積極的に声かけするよう心がけている。

昨年の退院患者は８０名で殆どが自宅退院であり、退院に向け内服の自己管理、家族の協力のもと外出・試験外泊を行い、問題点を把握し繰り返し実施し、よりよい状態で自宅退院できるよう医師・ケースワーカーとともにサポートしている。

行動制限フリー患者も月平均２４％～４８％であり各患者が責任をもち行動できるように意識づけを図っている。

月別単独行動制限フリー患者

（患者数：月平均）

月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
患者数	27	26	26	27	25	26	27	26	28	25	25	25
比率%	44	31	35	41	48	31	44	35	25	48	24	48

（c）３病棟（閉鎖病棟）

他病院からの紹介による対応困難な患者や、救急入院を必要とする患者のほとんどがこの病棟で入院治療を行う。とくに精神科集中治療棟（ＩＰＣＵ）では、不穏や興奮が顕著な患者や自傷他害の恐れの高い重度精神障害を呈する患者に濃厚な治療と看護を行い、短期集中治療を目的としている。

保護室の使用状況

2004. 4. 1～2005. 3. 31迄 (単位：延べ人数)

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
人数	62	45	82	98	85	82	33	66	17	30	69	100	769

(d) 主な看護業務

- 個々の患者のニーズに沿った生活指導やレクリエーション活動を行い、基本的な生活習慣の確立への援助を行う。
- 患者を理解し、患者のもつ悩み、苦しみ、不安などを和らげ自ら問題解決ができるように援助する。
- 他部門と協力し家族関係の調整を図りながら、家族との信頼関係を築くように努める。
- 患者とのコミュニケーションを深めるとともに、スタッフ相互の情報交換を密にして患者の安全を確保し、事故防止に努める。
- 行動制限を受けた患者の代理行為を行う。

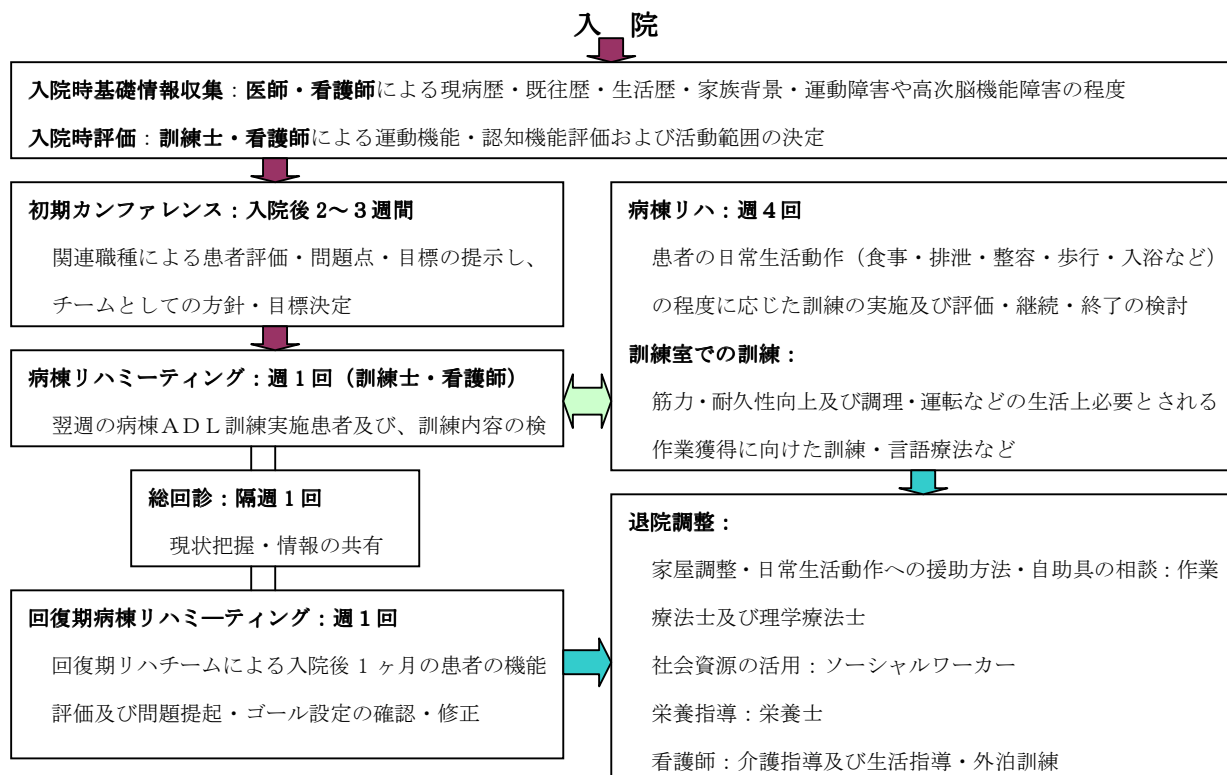
(エ) リハビリテーション科病棟 (4・5病棟)

(a) 4病棟 (回復期リハビリテーション病棟)

脳血管障害・神経疾患・脊髄損傷などの障害をもつ患者のADL習得のために、患者の安全を確保しながら専門的リハビリテーション看護を計画・実践し生活の再構築に向けて支持・支援を行なっている。

回復期リハビリテーション病棟は、発症3ヶ月以内の患者に対して「ADL能力向上」「寝たきり防止」「家庭復帰」を目的とし、集中的なチームアプローチを行なっている。

《回復期リハビリテーション病棟・チームアプローチ》



(b) 5病棟（慢性期回復リハビリテーション病棟）

発症から3ヶ月以上経過した慢性期の患者が対象の病棟である。主に運動機能能力の向上、廃用症候群の予防・改善、ADLの拡大・再習得に向け、病棟生活場面全てがリハビリテーションの場として位置づけられている慢性期回復リハビリテーション病棟である。さらに平成16年4月から亜急性期病床対象の患者を受け入れている。

(c) 入院患者の内訳

入院患者状況

疾患別

	脳血管障害	損傷	骨折	その他
4病棟(165名)	144 (87.3%)	12 (7.3%)	3 (1.8%)	6 (3.6%)
5病棟(134名)	81 (60.5%)	7 (5.2%)	5 (3.7%)	41 (30.6%)
計 (299名)	225 (75.2%)	19 (6.4%)	8 (2.7%)	47 (15.7%)

障害別（重複あり）

	運動麻痺	嚥下障害	失語	失認
4病棟(165名)	151 (91.5%)	17 (10.3%)	60 (36.3%)	38 (23.0%)
5病棟(134名)	87 (64.9%)	27 (20.1%)	14 (10.4%)	7 (5.2%)
計 (299名)	238 (79.6%)	44 (14.7%)	74 (24.7%)	45 (15.0%)

ADL状況：バーセルインデックス（BI）

0～40点：動作に介助を要する 41～80点：なんらかの動作に一部介助を要する

81～100点：自立

4病棟（129名）

BI（点）	0～40	41～80	81～100
入院時	52 (40.3%)	39 (30.2%)	38 (29.5%)
退院時	27 (20.9%)	23 (17.8%)	79 (61.3%)

5病棟（127名）

BI（点）	0～40	41～80	81～100
入院時	47 (37.0%)	50 (39.4%)	30 (23.6%)
退院時	37 (29.1%)	38 (29.9%)	52 (41.0%)

自宅復帰率

	自宅	施設	病院	転棟
4 病棟 129 名中	97 (75.2%)	15 (11.6%)	14 (10.9%)	3 (2.3%)
5 病棟 127 名中	95 (74.8%)	12 (9.4%)	19 (15.0%)	1 (0.8%)
計 256 名中	192 (75.0%)	27 (10.5%)	33 (12.9%)	4 (1.6%)

5 病棟バーセルインデックスからみた自宅復帰率（127 名中）

B I （点）	0 ～ 4 0	4 1 ～ 8 0	8 1 ～ 1 0 0
自宅	18 (14.2%)	28 (22.0%)	49 (38.5%)
転院	15 (11.8%)	4 (3.2%)	0 (0.0%)
施設	4 (3.2%)	4 (3.2%)	4 (3.2%)
転棟	1 (0.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

5 病棟亜急性期患者 32 名の入院時バーセルインデックス

B I （点）	0 ～ 4 0	4 1 ～ 8 0	8 1 ～ 1 0 0
人数	22	7	3

（オ）認知症病棟（6・7 病棟）

（a）6 病棟（認知症開放病棟）

軽度から中等度の認知症患者を対象に、個々の生活背景や残存機能を正しく評価し、安全で個別性のある看護援助と家族指導を行っている。

平均年齢 74.9 歳で身体的合併症を抱えている患者が多く、予測性をもった観察と適切な対応ができるよう努めている。また、従来の作業療法、運動療法、回想法、病棟での現実見当識訓練や日常生活訓練の他、病棟内でのレクリエーションをリハビリテーションの一環として取り入れ、レクリエーションのなかで患者が示す言動や行動を観察し、その後の治療に役立てている。

（b）7 病棟（認知症閉鎖病棟）

平成 16 年度の入院患者は 120 人で、そのうち高度認知症患者 45 人、最高度認知症患者 49 人である。退院患者は 110 人で、自宅退院 24 人、転院 29 人、精神科閉鎖病棟転棟 2 人、施設転所 54 人、1 人が死亡退院している。平均年齢は 80 歳前後と高く、患者の精神症状や問題行動も多様であり、これまでの生活習慣・人生経験などを踏まえて個々に適切なケア・対応が出来るように努めている。

（c）入院患者の内訳（入院時評価）

認知症評価判定区分

6 病棟 CDR (Clinical Dementia Rating)

区 分	人 数
健 康 (0)	0 (0.0%)
認知症の疑 (0.5)	23 (11.9%)
軽度認知症 (1)	60 (30.9%)
中等度認知症 (2)	86 (44.3%)
高度認知症 (3)	21 (10.8%)
未 検	4 (2.1%)
計	194 (100.0%)

7 病棟 柄澤式

区 分	人 数
正 常 (0)	0 (0%)
軽度認知症 (+1)	9 (12%)
中等度認知症 (+2)	17 (31%)
高度認知症 (+3)	45 (44%)
最高度認知症 (+4)	49 (11%)
計	120 (100%)

入院時の状況

区 分	人 数	
	6 病棟	7 病棟
独 歩	116 (59.8%)	65 (54.2%)
車 椅 子	74 (38.1%)	39 (32.5%)
自助具	0 (0.0%)	7 (5.8%)
ストレッチャー	4 (2.1%)	9 (7.5%)
計	194 (100.0%)	120 (100.0%)

主な精神症状・問題行動 （重複あり）

区 分	人 数		
	6 病棟 (194 人)	7 病棟 (120 人)	合計 (314 人)
失見当識	164 (84.5%)	107 (89.2%)	271 (86.3%)
多動	9 (4.6%)	22 (18.3%)	31 (9.9%)
興奮	41 (21.1%)	24 (20.0%)	65 (20.7%)
不安・焦燥	20 (10.3%)	15 (12.5%)	35 (11.1%)
徘徊	49 (25.3%)	33 (27.5%)	82 (26.1%)
帰宅要求	46 (23.7%)	5 (4.2%)	51 (16.2%)
不眠	69 (35.6%)	26 (21.7%)	95 (30.2%)
放尿・放便	21 (10.8%)	3 (2.5%)	24 (7.6%)
叫声・大声	17 (8.8%)	5 (4.2%)	22 (7.0%)
暴言・暴力	40 (20.6%)	13 (10.8%)	53 (16.9%)
せん妄	20 (10.3%)	22 (18.3%)	42 (13.4%)
抑うつ	9 (4.6%)	2 (1.7%)	11 (3.5%)
収集癖	5 (2.6%)	2 (1.7%)	7 (2.2%)
異食	5 (2.6%)	1 (0.8%)	6 (1.9%)
幻覚・妄想	48 (24.7%)	4 (3.3%)	52 (16.6%)
破損行為	2 (1.0%)	0 (0.0%)	2 (0.6%)
自殺念慮	2 (1.0%)	0 (0.0%)	2 (0.6%)
脱抑制	6 (3.0%)	0 (0.0%)	6 (1.9%)

A D L 介護区分割合

清拭・入浴		6 病棟	7 病棟	合計
	自立	66 (34.0%)	4 (3.3%)	70 (22.3%)
	誘導	11 (5.7%)	10 (8.3%)	21 (6.7%)
	一部介助	62 (32.0%)	42 (35.0%)	104 (33.1%)
	全面介助	55 (28.3%)	64 (53.4%)	119 (37.9%)
	計	194 (100.0%)	120 (100.0%)	314 (100.0%)

洗面・歯磨き		6 病棟	7 病棟	合計
	自立	92 (47.4%)	12 (100.0%)	104 (33.1%)
	誘導	18 (9.3%)	15 (13.0%)	33 (10.5%)
	一部介助	66 (34.0%)	54 (44.0%)	120 (38.2%)
	全面介助	18 (9.3%)	39 (33.0%)	57 (18.2%)
	計	194 (100.0%)	120 (100.0%)	314 (100.0%)

食事

	6 病棟	7 病棟	合計
自立	160 (82.5%)	76 (63.3%)	236 (75.1%)
誘導	8 (4.1%)	2 (1.7%)	10 (3.2%)
一部介助	11 (5.7%)	21 (17.5%)	32 (10.2%)
全面介助	15 (7.7%)	21 (17.5%)	36 (11.5%)
計	194 (100.0%)	120 (100.0%)	314 (100.0%)

排泄

	6 病棟	7 病棟	合計
自立	97 (50.0%)	28 (23.0%)	125 (39.8%)
誘導	10 (5.1%)	10 (8.0%)	20 (6.4%)
一部介助	49 (25.3%)	45 (38.0%)	94 (29.9%)
全面介助	38 (19.6%)	37 (31.0%)	75 (23.9%)
計	194 (100.0%)	120 (100.0%)	314 (100.0%)

更衣

	6 病棟	7 病棟	合計
自立	87 (44.9%)	7 (6.0%)	94 (29.9%)
誘導	13 (6.7%)	11 (9.0%)	24 (7.6%)
一部介助	59 (30.4%)	53 (44.0%)	112 (35.7%)
全面介助	35 (18.0%)	49 (41.0%)	84 (26.8%)
計	194 (100.0%)	120 (100.0%)	314 (100.0%)

移動

	6 病棟	7 病棟	合計
自立	120 (61.9%)	51 (42.0%)	171 (54.5%)
誘導	5 (2.6%)	15 (12.0%)	20 (6.4%)
一部介助	30 (15.4%)	27 (23.0%)	57 (18.1%)
全面介助	39 (20.1%)	27 (23.0%)	66 (21.0%)
計	194 (100.0%)	120 (100.0%)	314 (100.0%)

主な合併症（既往歴） 重複あり

区 分	人 数		
	6 病棟 (194 人中)	7 病棟 (120 人中)	合計 (314 人中)
脳血管障害	64	26	90
心疾患	25	28	53
高血圧症	55	28	83
高脂血症	6	0	6
呼吸器系	20	13	33
腎・泌尿器系	19	9	28
骨・関節系	56	18	74
内分泌系	33	12	45
消化器系	81	36	117
眼科疾患	27	14	41
婦人科疾患	20	5	25
耳鼻科疾患	7	5	12
神経疾患	12	11	23
精神科疾患	16	3	19
皮膚科疾患	5	0	5
そ径ヘルニア	4	6	10
静脈血栓症	1	0	1
高尿酸血症	3	0	3
閉塞性動脈硬化症	0	1	1
敗血症	0	1	1

主な看護業務

- （a）疾患の特性を理解し、多様な精神症状や問題行動に対し、注意や説得はせず肯定的な態度で接し、話題や気分の転換を図る。
- （b）認知症患者の急性および重篤な身体疾患に対して、予測性をもった観察と判断力で適切な処置を行い病状の進行を予防する。
- （c）集団療法、病棟行事、レクリエーション、散歩など積極的に行い、残存機能と残存能力を生かすようなリハビリテーション的アプローチを心がける。
- （d）身体障害や日常生活能力に障害のある患者の事故防止のための、安全対策と環境の整備を行う。

2 患者の状況

(1) 入院患者及び外来患者

区 分	入 院							外 来		
	病床数	入院 患者数	退院 患者数	延入院 患者数	一日平均 患者数	病床 利用率	平均在 院日数	新患者数	延外来 患者数	一日平均 外来患者数
リハビリテーション科	100	303	314	28,071	76.9	76.9	89.5	336	4,779	19.7
神経・精神科	200	585	586	61,556	168.6	84.3	104.4	281	10,025	41.3
放 射 線 科								106	160	0.7
合 計	300	888	900	89,627	245.6	81.9	99.3	723	14,964	61.6

(2) 年齢別患者数

区 分	リハビリテーション科			神経・精神科			放射線科	合計		
	外来	入院	計	外来	入院	計	外来	外来	入院	計
～19 歳	74	1	75	514	31	545	1	589	32	621
20 歳～	75	6	81	2,767	52	2,819	5	2,847	58	2,905
30 歳～	185	14	199	2,219	51	2,270	8	2,412	65	2,477
40 歳～	357	21	378	1,481	51	1,532	5	1,843	72	1,915
50 歳～	900	55	955	1,245	54	1,299	18	2,163	109	2,272
60 歳～	1,403	72	1,475	640	65	705	27	2,070	137	2,207
70 歳～	1,382	109	1,491	890	158	1,048	65	2,337	267	2,604
80 歳～	403	25	428	269	123	392	31	703	148	851
合 計	4,779	303	5,082	10,025	585	10,610	160	14,964	888	15,852

(3) 地域別患者数

区 分	リハビリテーション科			神経・精神科			放射線科	合計		
	外来	入院	計	外来	入院	計	外来	外来	入院	計
鹿角市・鹿角郡	1	－	1	44	4	48	－	45	4	49
大館市・北秋田郡	38	4	42	202	11	213	－	240	15	255
能代市・山本郡	44	16	60	125	12	137	－	169	28	197
男鹿市・南秋田郡	140	25	165	763	41	804	2	905	66	971
秋田市・河辺郡	1,699	113	1,812	3,248	213	3,461	9	4,956	326	5,282
本荘市・由利郡	156	9	165	581	25	606	－	737	34	771
大曲市・仙北郡	2,339	81	2,420	3,497	180	3,677	145	5,981	261	6,242
横手市・平鹿郡	131	25	156	515	45	560	1	647	70	717
湯沢市・雄勝郡	191	26	217	964	42	1,006	1	1,156	68	1,224
県 外	40	4	44	86	12	98	2	128	16	144
合 計	4,779	303	5,082	10,025	585	10,610	160	14,964	888	15,852

(4) 新規患者紹介元

区 分	リハビリテーション科			神経・精神科			放射線科	合計		
	外来	入院	計	外来	入院	計	外来	外来	入院	計
国 立 病 院	8	1	9	2	7	9	-	10	8	18
公 立 病 院	61	54	115	36	23	59	-	97	77	174
(うち脳研センター)	17	47	64	7	10	17	-	24	57	81
上記以外の公的病院	119	43	162	34	23	57	-	153	66	219
民 間 病 院	95	7	102	121	64	185	147	363	71	434
小 計	283	105	388	193	117	310	147	623	222	845
紹 介 状 な し	121	-	121	142	29	171	-	263	29	292
措 置 入 院	-	-	-	-	17	17	-	-	17	17
合 計	404	105	509	335	163	498	147	886	268	1,154

(5) 疾病別入院患者数

①リハビリテーション科

病名		主病名コード	入院患者数	病名		主病名コード	入院患者数
脳血管障害			207	低酸素脳症		G 9 3	2
(内訳)	脳梗塞	I 6 3	125	脊髄損傷			16
	脳出血	I 6 1	73	(内訳)	頸髄	S 1 4	10
	くも膜下出血	I 6 0	6		胸髄	S 2 4	5
	脳動静脈奇形	Q 2 8	3		腰髄	S 3 4	1
脊髄梗塞		G 9 5	2	錐体外路障害			23
骨折			8	(内訳)	パーキンソン病	G 2 0	12
(内訳)	大腿骨	S 7 2	3		パーキンソン症候群	G 2 1	9
	胸椎	S 2 2	4		進行性核上性麻痺	G 2 3	1
	多部位	T 0 2	1		大脳皮質基底核変性症	G 2 3	1
頭部外傷		S 0 6	10	脊髄小脳変性症		R 2 7	4
脳腫瘍		D 4 3	6	解離性大動脈瘤		I 7 1	2
正常圧水頭症		G 9 1	2	関節症			3
認知症			4	(内訳)	股	M 1 6	1
(内訳)	血管性認知症	F 0 1	3		膝	M 1 7	2
	アルツハイマー型認知症	F 0 0	1	肺炎		J 1 8	3
てんかん			2	糖尿病		E 1 1	1
(内訳)	てんかん	G 4 0	1	廃用症候群			12
	重積状態	G 4 1	1	その他			8
※主病名重複患者あり				合計			345

②神経・精神科

区 分		入院患者数
F0	症状性を含む器質性精神障害	
	F00 アルツハイマー病の認知症	185
	F01 血管性認知症	62
	F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	71
F1	精神作用物質使用による精神及び行動の障害	
	F10 アルコール使用による精神及び行動の障害	10
	覚せい剤による精神及び行動の障害	2
	アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害	-
F2	精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害	107
F3	気分（感情）障害	110
F4	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	30
F5	生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	5
F6	成人の人格及び行動の障害	3
F7	精神遅滞	4
F8	心理的発達の障害	-
F9	小児期及び青年期に通常発達する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害	-
てんかん（F0 に属さないものを計上する）		2
その他		-
合計		591

（転科 6 人含む）

（6）退院患者退院先

区 分	リハビリテーション科	神経・精神科	合計
自 宅	224	384	608
転 院	56	66	122
施 設 入 所	34	124	158
援護寮入所	-	3	3
死 亡	-	8	8
そ の 他	-	1	1
合 計	314	586	900

(7) 精神科入院形態別患者数 (入院時)

任意 入院	医療保護入院		措置 入院	応急 入院	合計
	(第1項)	(第2項)			
313	155	102	17	4	591

(7-2) 精神科入院形態別患者数 (3月31日現在)

任意 入院	医療保護入院		措置 入院	応急 入院	合計
	(第1項)	(第2項)			
65	91	7	6	—	169

(8) 特殊外来延患者数

歯科	泌尿 器科	循環 器科	眼科	耳鼻科	消化 器科	合計
891	230	193	143	222	68	1,747

(9) 医療相談

項目	形 態			種 別		科 別		
	入院	外来	その他	新規	継続	リハビリ	精神	認知症
合計	7,457	555	1,298	1,358	7,952	2,018	2,661	4,631

項目	対 象						方 法					
	院内職員	家族	保健・福祉・医療	社会施設	本人	その他	電話	面接	協議	文書	訪問	その他
合計	5,579	3,234	2,712	1,600	1,103	197	4,741	2,661	3,096	1,107	27	47

項目	相 談 ・ 援 助 内 容											
	退院・他機関利用	情報収集・提供	連絡調整	社会保障制度	入院	入院時聴取	経済的問題	心理的不安	社会・家庭復帰	事務処理	家族関係	その他
合計	3,151	5,080	3,580	1,722	885	125	402	109	364	879	162	318

(10) 神経・精神科各種届出等件数

項目			件数	
精神保健福祉法	任意入院同意		307	
	入院届	医療保護	(1 項)	288
			(2 項)	101
		措置入院患者数		17
		応急		4
	退院届		306	
	措置入院者の症状消退届		13	
	定期報告	医療保護		11
		措置		2

(11) リハセンドック実施状況

地域／件数	～29 歳	30 歳～	40 歳～	50 歳～	60 歳～	70 歳～	80 歳～	計
鹿角市・鹿角郡	－	－	－	－	－	－	－	－
大館市・北秋田郡	－	－	－	－	－	－	－	－
能代市・山本郡	－	－	－	－	－	－	－	－
男鹿市・南秋田郡	－	－	－	－	－	－	－	－
秋田市・河辺郡	－	－	1	2	－	－	－	3
本荘市・由利郡	－	－	－	－	－	－	－	－
大曲市・仙北郡	－	－	1	6	3	2	－	12
横手市・平鹿郡	－	－	－	－	－	－	－	－
湯沢市・雄勝郡	－	－	－	1	－	－	－	1
県 外	－	－	－	－	－	－	－	－
計	－	－	2	9	3	2	－	16

3 診療の状況

(1) 放射線科

検査項目		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
単 純 撮 影	頭部	4	4	8	4	6	3	9	4	2	8	5	9	66
	胸部	153	131	134	134	166	118	172	135	148	141	152	165	1,749
	腹部	36	23	31	34	41	33	30	35	45	26	45	40	419
	頸椎	14	5	10	18	9	14	6	10	10	16	11	10	133
	胸椎	2	2	1	4	7	1	8	6	0	1	10	0	42
	腰椎	14	16	16	11	11	13	21	18	10	13	15	13	171
	肩	2	3	3	2	0	3	3	3	1	1	2	1	24
	腕	4	2	4	7	3	5	1	8	2	2	6	2	46
	膝関節 (依頼検査)	10 (0)	6 (0)	6 (0)	10 (0)	8 (0)	8 (0)	8 (0)	8 (0)	8 (0)	13 (1)	13 (0)	6 (0)	104 (1)
	股関節	5	1	5	4	7	5	4	10	9	9	5	7	71
	大腿	1	0	3	3	2	2	0	2	1	3	1	1	19
	下腿、足	6	6	3	2	1	5	0	3	2	3	7	5	43
嚥下造影		14	7	13	16	14	17	8	11	10	10	8	5	133
歯科		10	7	10	16	8	12	3	9	8	14	13	17	127
骨密度		1	2	5	0	0	1	1	1	1	2	1	1	16
C T (依頼検査)		62 (7)	60 (7)	62 (6)	75 (8)	74 (8)	59 (7)	62 (12)	57 (10)	67 (7)	65 (8)	75 (6)	82 (8)	800 (94)
MR I (依頼検査)		85 (7)	73 (6)	68 (3)	73 (4)	54 (9)	72 (9)	70 (12)	68 (14)	76 (8)	71 (2)	57 (12)	75 (10)	842 (96)
核 医 学	脳血流 SPECT	41	32	43	39	36	26	34	31	37	32	36	38	425
	他	2	1	0	4	2	2	3	2	3	2	1	3	25
計		480	394	434	468	466	415	467	445	455	443	481	498	5,446
依頼検査計		(14)	(13)	(9)	(12)	(17)	(16)	(24)	(24)	(15)	(11)	(18)	(18)	(191)

(2) 臨床検査

ア 血液・輸血・血中薬物検査

検査項目		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
血液検査	血算	386	323	336	304	326	325	371	396	300	332	340	402	4,141
	血液像	164	150	173	148	192	196	228	214	175	182	206	251	2,279
	赤血球沈降速度	9	13	13	9	12	15	13	14	11	14	14	8	145
	計	559	486	522	461	530	536	612	624	486	528	560	661	6,565
止血凝固検査	P T	40	48	53	55	45	55	52	55	37	39	36	44	559
	A P T T	3	14	16	7	9	1	2	3	4	7	4	9	79
	血小板凝集能	2	5	8	6	7	2	2	3	11	2	1	2	51
	出血時間	2	8	5	3	2	1	3	2	1	4	1	7	39
	計	47	75	82	71	63	59	59	63	53	52	42	62	728
輸血検査	A B O式	64	61	71	64	46	60	51	56	46	54	53	50	676
	R h 式	64	63	71	64	46	60	51	56	46	54	55	50	680
	生食法	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
	酵素法	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
	プロメリン法	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
	計	137	124	151	128	92	120	102	112	92	108	108	100	1,374
血中薬物検査	フェノバルビタール	2	2	1	1	1	2	4	1	3	4	4	2	27
	フェニトイン	8	7	8	9	7	5	6	6	4	5	4	6	75
	カルバマゼピン	11	8	5	7	4	4	6	9	11	9	1	7	82
	ジゴキシン	2	2	4	2	5	5	3	2	1	4	3	2	35
	バルプロ酸	9	16	10	14	11	9	12	9	5	8	17	13	133
	計	32	35	28	33	28	25	31	27	24	30	29	30	352

イ 生化学・免疫血清検査

検査項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
T P 総蛋白	355	301	309	294	303	303	345	393	325	337	336	399	4,000
A L B アルブミン	353	305	314	301	324	321	351	372	319	327	342	394	4,023
N a	371	344	332	331	374	343	371	397	329	343	372	405	4,312
K	371	344	332	331	374	343	371	397	329	343	372	405	4,312
C l	371	344	332	331	374	343	371	397	329	343	372	405	4,312
T-Bil 総ビリルビン	229	196	208	174	189	192	208	269	198	215	192	227	2,497
D-Bil 直接ビリルビン	4	9	6	8	14	21	19	17	11	5	11	11	136
BUN 尿素窒素	383	326	340	322	361	336	390	415	343	361	368	423	4,368
CRE クレアチニン	375	320	333	317	346	328	370	402	338	352	357	402	4,240
U A 尿酸	205	193	203	184	203	190	191	235	167	190	184	203	2,348
A S T (GOT)	374	331	342	319	351	335	389	414	340	356	364	425	4,340
A L T (GPT)	375	331	342	319	351	335	388	414	340	356	366	425	4,342
L D (LDH)	304	270	282	258	276	267	293	329	268	281	266	320	3,414
ALP アルカリフォスファターゼ	287	261	272	246	269	258	287	326	261	274	259	304	3,304
γ-G T P	292	266	265	256	288	277	313	361	285	305	309	349	3,566
C K (CPK)	210	208	205	199	222	195	217	244	172	195	206	241	2,514
T-CHO 総コレステロール	236	213	234	202	196	217	215	255	182	212	192	245	2,599
T G 中性脂肪	225	210	225	199	191	212	210	249	178	207	188	238	2,532
HDL-C HDL コレステロール	206	199	212	190	180	196	192	227	159	191	169	211	2,332
C R P	187	147	144	161	187	157	182	184	157	138	185	195	2,024
AMY アミラーゼ	12	13	19	15	19	12	18	17	8	8	12	8	161
アンモニア	4	6	1	6	12	8	6	7	3	5	6	2	66
グルコース 空腹時血糖	264	262	276	269	276	258	274	321	263	297	253	307	3,320
耐糖能	36	20	17	19	19	8	6	11	14	13	14	24	201
糖負荷試験	2	0	0	2	0	0	1	0	0	0	1	0	6
クレアチンクリアランス	3	2	0	2	0	0	1	0	1	1	1	1	12
血清浸透圧	0	4	2	1	1	2	1	9	7	3	12	3	45
T P H A	76	58	64	65	60	64	63	64	50	61	57	54	736
R P R	76	57	64	65	60	64	63	64	50	61	57	54	735
インフルエンザ	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	13	19	35
計	6,186	5,540	5,675	5,386	5,820	5,585	6,106	6,793	5,426	5,780	5,836	6,699	70,832

生化学・免疫血清検査

ウ 尿・脊髄液等一般検査

検査項目		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
尿定性		262	242	279	222	233	237	246	283	378	223	230	235	3,070
尿沈渣		109	101	117	95	100	110	97	111	82	79	102	99	1,202
尿定量	糖	11	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	14
	蛋白	11	1	2	2	0	1	2	0	6	0	1	0	26
	N a	9	8	0	6	4	0	1	15	5	3	14	4	69
	K	9	8	0	6	4	0	1	10	2	1	14	4	59
	C l	9	8	0	6	4	0	1	15	5	3	14	4	69
	クレアチニン	7	3	0	5	0	1	2	0	4	1	1	3	27
尿浸透圧		8	5	2	3	2	2	1	13	5	3	15	4	63
尿糖負荷		2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
便潜血		18	16	25	12	17	16	9	14	13	11	12	12	175
脳脊髄液	細胞数	0	1	3	1	1	3	1	2	1	0	2	1	16
	糖	0	1	3	1	1	3	1	2	1	0	2	1	16
	蛋白	0	1	3	1	1	3	1	2	1	0	2	1	16
	N a	0	1	3	1	1	3	1	2	1	0	2	1	16
	K	0	1	3	1	1	3	1	2	1	0	2	1	16
	C l	0	1	3	1	1	3	1	2	1	0	2	1	16
	赤血球数	0	1	3	1	1	3	1	2	1	0	2	1	16
計		455	399	448	365	371	388	368	475	507	324	417	372	4,889

エ 血液ガス検査

検査項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
血液ガス	25	29	22	15	18	7	10	10	9	10	18	18	191

オ 生理検査

検査項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
安静時心電図	90	91	96	95	88	88	89	87	77	89	80	76	1,046
マスター負荷心電図	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ホルター心電図	20	25	28	27	16	23	13	18	21	23	21	18	253
ホルター血圧	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
呼吸機能	8	11	10	7	6	11	6	8	7	8	5	7	94
心臓超音波	11	18	20	13	19	11	13	11	10	7	14	7	154
脳波	39	25	37	33	28	26	32	26	33	37	34	27	377
サーモグラフィ	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	3
その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
計	169	170	191	175	157	161	153	150	148	164	154	135	1,927

カ 外部委託検査

検査項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
生化学	147	158	145	173	145	177	164	135	180	149	158	170	1,901
免疫血清	144	158	127	128	107	160	102	122	119	89	124	125	1,505
血液	18	23	30	37	21	16	19	26	27	21	25	8	271
微生物	26	22	18	21	32	14	33	21	21	16	26	33	283
その他	3	0	2	1	2	0	0	1	0	1	0	1	11
計	338	361	322	360	307	367	318	305	347	276	333	337	3,971

(3) 薬剤業務

項目		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
外来調剤	処方箋枚数	208	203	207	213	209	227	210	232	214	186	194	231	2,534
	調剤件数	724	760	781	750	821	815	807	838	790	717	719	852	9,374
	処方箋枚数	602	566	671	668	647	656	675	679	650	619	650	758	7,841
	調剤件数	2,032	1,856	2,217	2,252	2,220	2,235	2,284	2,340	2,243	2,125	2,236	2,682	26,722
	処方箋枚数	85	61	75	66	72	62	64	59	75	72	53	82	826
	調剤件数	249	148	175	177	181	172	159	182	219	247	197	268	2,374
入院調剤	処方箋枚数	801	602	889	747	764	839	719	773	606	652	726	955	9,073
	調剤件数	2,941	2,173	3,252	2,748	2,752	3,160	2,742	3,009	2,457	2,589	2,906	3,778	34,507
	処方箋枚数	1,516	1,312	1,361	1,489	1,537	1,500	1,472	1,514	1,516	1,426	1,379	1,647	17,669
	調剤件数	2,480	1,986	2,201	2,634	2,523	2,504	2,407	2,492	2,485	2,483	2,307	2,822	29,324
製剤	伝票枚数	3	2	2	4	1	2	1	3	3	7	5	3	36
	製剤件数	4	2	5	8	3	5	2	5	9	29	17	15	104

(4) 理学療法

項目		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
入院	個別	1,464	1,253	1,494	1,447	1,410	1,158	1,354	1,358	1,296	1,402	1,403	1,669	16,708
	集団	376	401	323	290	291	534	321	233	163	219	225	140	3,516
	その他	61	51	53	38	39	40	51	40	45	39	39	61	557
外来	個別	88	63	90	84	71	55	70	84	76	69	66	99	915
	集団	95	103	103	125	129	168	149	120	122	104	110	104	1,432
	その他	2	4	2	1	0	1	2	3	8	2	1	13	39
計	入院	1,901	1,705	1,870	1,775	1,740	1,732	1,726	1,631	1,504	1,660	1,667	1,870	20,781
	外来	185	170	195	210	200	224	221	207	206	175	177	216	2,386

(5) 作業療法

項目		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
入院	個別	755	742	777	694	590	585	769	752	676	754	610	714	8,418
	集団	570	440	389	440	539	540	383	396	273	350	524	496	5,340
外来	個別	12	17	24	16	7	17	18	26	28	30	31	39	265
	集団	46	45	43	65	51	58	59	52	45	48	52	53	617
計	入院	1,148	1,182	1,166	1,134	1,129	1,125	1,152	1,148	949	1,104	1,134	1,210	13,758
	外来	58	62	67	81	58	75	77	78	73	78	83	92	882

(6) 精神科作業療法

項目		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
精神科病棟	1病棟	47	22	37	78	68	55	73	69	79	76	67	87	758
	2病棟	40	52	109	95	91	36	69	70	92	55	47	96	852
	3病棟	81	75	86	42	93	67	123	80	73	81	69	96	966
	計	168	149	232	215	252	158	265	219	244	212	183	279	2,576
認知症病棟	6病棟	206	168	211	216	205	186	237	204	224	226	215	461	2,759
	7病棟	347	284	352	333	283	344	323	278	282	243	201	256	3,526
	計	553	452	563	549	488	530	560	482	506	469	416	717	6,285
合計		721	601	795	764	740	688	825	701	750	681	599	996	8,861

(7) 言語聴覚療法

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
個別	177	189	214	247	237	206	214	209	200	176	180	242	2,491
集団	20	30	32	20	14	27	16	12	0	16	24	47	258
検査	25	11	21	13	16	11	11	13	15	13	12	13	174
その他	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
総件数	222	230	267	280	267	244	242	234	215	205	216	302	2,924

H16 年度対象患者の内訳

1. 対象患者実数 130 例

2. 障害の内訳

①失語症患者数

ブローカ	ウェルニッケ	全失語	健忘	分類不能	その他	総計
35	17	6	4	10	4	76

②発声・構音・嚥下障害患者数

運動障害性	失調性	仮性球麻痺性	混合性	運動低下性	嚥下障害	総計
13	5	4	5	1	5	33

③その他

認知症	難聴	その他	総計
9	6	6	21

(8) 臨床心理

ア 心理検査

(件)

項目		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
リハビリテーション科	知能検査	10	24	32	20	15	18	30	32	17	18	22	21	259
	性格検査	1	0	2	1	1	3	1	1	1	0	0	0	11
	その他の検査	5	11	13	7	3	5	14	14	6	6	5	5	94
	計	16	35	47	28	19	26	45	47	24	24	27	26	364
	延件数	25	45	66	42	29	35	68	62	36	36	39	46	529
神経・精神科	知能検査	8	8	14	7	9	16	14	11	7	10	8	11	123
	性格検査	7	5	5	6	13	8	11	22	4	5	10	17	113
	その他の検査	4	0	2	1	3	4	2	9	1	4	1	5	36
	計	19	13	21	14	25	28	27	42	12	19	19	33	272
	延件数	24	16	24	15	27	29	30	46	12	23	24	38	308
認知症病棟	知能検査	23	18	34	31	22	16	19	20	19	21	20	23	266
	性格検査	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	その他の検査	26	22	35	39	25	23	17	20	21	25	24	21	298
	計	49	40	71	70	47	39	36	40	40	46	44	44	566
	延件数	59	56	106	107	74	61	53	56	59	70	62	63	826
計	知能検査	41	50	79	56	45	51	63	63	44	49	50	53	644
	性格検査	8	5	9	7	16	11	12	23	14	5	10	17	137
	その他の検査	35	33	50	47	31	32	34	43	28	35	30	31	429
	計	84	88	138	110	92	94	109	129	86	89	90	101	1,210
	延件数	108	117	195	162	131	126	153	164	117	129	125	145	1,672

イ 心理療法

(件)

項目		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
精神科	個人療法	8	13	21	15	13	16	24	23	28	34	20	21	236
	S S T	4	11	6	9	10	7	0	0	0	10	23	30	110
	D C S S T	28	18	54	43	26	35	36	58	21	50	39	56	464
リハ科／個人療法		0	0	0	1	4	2	2	0	1	4	4	3	21
認知症病棟／回想法		13	14	21	26	27	8	22	22	12	20	19	22	226

(9) 精神科デイケア

(件)

項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
新規通所者数	3	4	1	1	2	1	1	0	1	0	1	1	16
退所者数	6	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	8
通所者数	19	23	24	25	27	28	28	28	29	29	30	30	320
通所者延数	123	136	162	162	142	153	171	184	195	176	188	209	2,001
見学参加者数	4	5	2	1	2	2	0	1	2	1	2	4	26
見学参加者延数	10	13	4	3	6	6	0	3	2	1	2	7	57

(10) 給食業務

ア 月別食種別延べ人員

項目		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
一般食	常食	11,247	11,101	11,375	11,237	9,902	10,729	11,144	11,383	11,164	10,571	10,602	11,049	131,504
	軟食	4,693	4,335	4,055	4,798	5,153	5,424	5,936	5,627	5,580	5,646	4,714	5,139	61,100
	流動食	0	0	3	0	38	0	0	2	0	0	0	0	43
	計	15,940	15,436	15,433	16,035	15,093	16,153	17,080	17,012	16,744	16,217	15,316	16,188	192,647
特別食	糖尿食	2,415	1,849	1,681	1,802	1,704	1,604	1,528	1,425	1,377	1,617	1,672	2,062	20,736
	高脂血症食	504	459	358	509	877	902	835	571	398	238	148	52	5,851
	減塩食	745	1,018	1,179	1,103	1,088	1,031	766	644	656	856	1,262	2,030	12,378
	痛風食	102	15	62	55	35	0	0	0	16	79	84	21	469
	貧血食	90	130	224	231	225	237	29	0	83	82	59	0	1,390
	腎臓食	99	186	259	172	55	0	0	0	0	0	71	92	934
	胃潰瘍食	77	0	0	98	186	176	241	266	263	304	296	156	2,063
	脾臓食	77	93	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	171
	肝臓食	0	0	0	0	0	0	0	25	22	165	332	437	981
	濃厚流動食	972	886	730	854	940	1,062	1,052	831	838	697	520	650	10,032
	検査食	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	計	5,081	4,636	4,494	4,824	5,110	5,012	4,451	3,762	3,653	4,038	4,444	5,500	55,005
デイケア		93	112	137	124	112	126	135	159	162	163	159	182	1,664
合計		21,114	20,184	20,064	20,983	20,315	21,291	21,666	20,933	20,559	20,418	19,919	21,870	249,316

イ 主な個別対応延べ人員

項目		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
主食	米飯	13,877	13,307	13,627	13,114	11,916	12,515	12,572	12,714	12,316	12,171	12,585	13,512	154,226
	全粥	5,431	5,210	4,818	5,958	6,499	6,848	7,050	6,495	6,421	6,708	6,022	6,521	73,981
	七分粥	0	0	0	56	26	0	12	90	91	76	0	73	424
	五分粥	0	0	0	0	7	90	81	27	0	0	21	20	246
	パン	599	693	763	880	928	846	771	558	723	567	560	881	8,769
	おにぎり	203	79	87	92	0	0	128	94	27	37	72	90	909
形態	一口大刻み	1,691	1,591	1,556	1,901	1,668	1,766	1,920	1,729	1,547	1,751	1,740	1,723	20,583
	刻み	2,929	2,659	2,450	2,300	2,445	3,026	3,221	3,024	2,751	2,689	2,260	2,596	32,350
	極刻み	130	93	90	130	166	340	174	90	268	206	127	268	2,082
	各とろみ付き	1,348	1,072	1,149	1,589	1,873	1,986	1,909	1,786	1,694	1,681	1,505	1,714	19,306
	汁のみとろみ	51	81	12	0	53	88	107	117	25	0	78	121	733
	ブレンダー(主食)	232	239	133	139	162	154	193	263	424	445	500	579	3,463
	ブレンダー(副食)	670	660	398	685	985	657	516	741	1,000	1,222	983	860	9,377
禁止	牛乳禁	3,380	3,234	2,982	3,476	3,021	2,981	3,408	2,957	3,091	2,651	3,062	3,178	37,421
	乳製品禁	1,160	852	374	105	91	74	284	436	661	651	551	452	5,691
	卵禁	118	0	0	0	15	9	0	49	88	52	0	0	331
	肉全禁	327	146	182	530	593	740	746	775	641	412	487	474	6,053
	魚全禁	154	145	117	180	179	174	149	157	152	144	154	172	1,877
	納豆禁	1,462	1,315	1,806	2,163	1,849	1,560	1,484	1,360	1,368	1,806	1,747	2,178	20,098
	めん禁	1,564	1,199	1,289	1,784	1,782	2,223	2,289	1,825	1,876	2,187	1,953	2,341	22,312
	パン禁	113	86	84	85	80	90	80	88	162	247	143	150	1,408
	グレープフルーツ禁	1,598	1,794	2,229	2,841	2,801	2,519	1,889	1,476	2,010	2,702	2,686	2,955	27,500
成分調整	エネルギー変更	252	459	415	883	1,053	760	856	913	946	1,151	1,232	1,252	10,172
	カルシウム調整	3,301	3,272	3,023	3,521	3,112	3,054	3,654	3,254	3,706	3,377	3,697	3,578	40,549
	塩分制限	759	615	688	615	646	382	315	530	947	1,119	776	211	7,603
	塩分増加	0	52	90	102	186	244	277	180	238	275	247	271	2,162
	カリウム制限	0	0	0	17	87	45	0	0	0	0	0	0	149
その他	訓練食	0	0	0	0	0	162	203	5	3	0	37	109	519
	5回食	51	93	1	26	93	86	89	86	87	82	23	0	717
	摂食不良対応	0	0	80	108	202	145	191	219	81	31	120	117	1,294
	食事時間変更	154	96	90	135	214	149	175	262	120	209	215	186	2,005
	リハビリ食器	265	261	245	26	0	10	93	86	89	99	168	186	1,528

ウ セレクトメニュー実施回数

実施月	一般食及び特別食
6月	2回
7月	2回
8月	2回
9月	3回
10月	2回
11月	2回
12月	2回
1月	1回
2月	2回
3月	2回

エ 行事食実施状況

実施年月日	行事名
平成16年5月5日	端午の節句
7月7日	七夕
7月21日	土用の丑
8月13日	お盆
9月20日	敬老の日
9月23日	お彼岸
10月26日	十三夜
12月21日	冬至
12月24日	クリスマス
12月31日	大晦日
平成17年1月1日	元旦
1月7日	春の七草
2月3日	節分
3月3日	ひな祭り

オ 栄養指導状況

主病名	延べ人数
糖尿病	19
高血圧	30
高脂血症	3
嚥下障害	12
肝臓病	1
高尿酸血症	4
その他	4
計	73

カ 嗜好調査実施状況

実施月	内容	対象	回答率
6月	「食材」について他	常食・特食喫食患者（濃流食を除く）	72.0%
9月	「味付」について他	〃	70.0%
1月	「献立」について他	〃	84.0%

キ 非常時給食備蓄状況

常食・粥食（２００食）

	食品名	１人分量	エネルギー
朝食	こまち粥(缶)	１缶（２８０ｇ）	202
	味噌汁（缶）	１缶（１６０ｇ）	21
	さんま味付け缶	１／２缶（６０ｇ）	135
	のり佃煮	１個（１０ｇ）	5
	ウーロン茶	１缶（１９０ｇ）	0
			計 363kcal
昼食	こまち粥(缶)	１缶（２８０ｇ）	202
	ウィンナーと野菜のスープ煮	１缶（１３０ｇ）	143
	たいみそ	１個（７ｇ）	16
	黄桃缶	１個（６０ｇ）	49
	ウーロン茶	１缶（１９０ｇ）	0
			計 410kcal
夕食	こまち粥(缶)	１個（２８０ｇ）	202
	レトルトコーンスープ	１個（２００ｇ）	200
	鮭水煮缶	１／３缶（６０ｇ）	96
	練り梅	１個（８ｇ）	2
	ウーロン茶	１缶（１９０ｇ）	0
			計 500kcal

ブレンダー食（２０食）

	食品名	１人分量	エネルギー
朝食	こまち粥(缶)	１缶（２８０ｇ）	202
	いわし梅煮（ぬくもりミキサー）	１袋（７０ｇ）	67
	のり佃煮	１個（１０ｇ）	5
	トロミドリンク（麦茶）	１個（２００ｃｃ）	26
			計 300kcal
昼食	こまち粥(缶)	１缶（２８０ｇ）	202
	照り焼きチキン（ぬくもりミキサー）	１袋（７０ｇ）	93
	たいみそ	１個（７ｇ）	16
	トロミドリンク（麦茶）	１個（２００ｃｃ）	26
			計 337kcal
夕食	こまち粥(缶)	１缶（２８０ｇ）	202
	筍おかか煮（ぬくもりミキサー）	１袋（７０ｇ）	33
	練り梅	１個（８ｇ）	2
	アイソカルゼリー	１個（６６ｇ）	121
	トロミドリンク（麦茶）	１個（２００ｃｃ）	26
			計 384kcal

Ⅲ 地 域 支 援 ・ 教 育 活 動

1 社会復帰科（障害者自立訓練センター）の活動

精神障害者の社会復帰活動は、精神医療の集中治療、早期退院と密接な関係を持つ。とくに統合失調症の治療の際には、入院治療の前半は安静とともに薬物療法を中心とする身体療法が重要となるが、後半は適宜、作業療法、レクリエーション療法などの生活療法により、積極的に社会適応能力の向上を図ることが必要となる。

その意味でセンターにおいて社会復帰科が設立されたことは非常に有意義である。援護寮の運営を中心として、新しい分野である社会復帰活動へ挑戦し、着実な前進を続けていると考える。

運営上の特徴は、病状の完全に安定した方のみを対象にして機械的な訓練を行うのではなく、入所可能な限界に近い方も、できる限り入所対象としていることである。

また、入所者個人それぞれの社会的背景に配慮して、環境調整を図り、毎日の指導も形式的な面だけにとどまらず、入所者の心理的側面も視野に入れた柔軟な指導を心がけている。

さらに、現在は精神障害者への対応のかんりの部分を市町村が担うこととなっており、センターとしては地域との緊密な連携をとることをより一層心がけている。

また、身体障害者生活訓練室は、病院と家庭の橋渡しの施設であり、主に、脳血管障害を中心とする身体障害者の方たちおよびご家族の方に擬似的家庭環境を体験していただくことで、社会復帰が円滑に進むよう支援している。

（社会復帰科の活動の詳細は、秋田県障害者自立訓練センター事業概要に掲載している。）

平成16年度精神障害者生活訓練施設（援護寮）利用状況

（人）

月 別	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
利用者数	13	15	15	16	16	16	15	15	15	15	15	14	180
入所者数	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	5
退所者数	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	3

平成16年度身体障害者生活訓練室利用状況

（人）

月 別	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
利用者数	1	1	0	1	(1)	2	0	0	0	0	0	1	6
介護者数	2	3	0	1	(1)	3	0	0	0	0	0	2	11

※（ ）内は、同一人が前月から月をまたがって利用した数

2 地域支援活動

リハビリテーション医療、精神医療、認知症医療はいずれも一人の人間としての機能的状態の変調、すなわち障害の改善をはかる。センター各部門の共通した目標は障害の軽減である。障害は諸臓器の異常によって生じる一方、環境によって増幅も軽減もされる。在宅生活を続ける患者・障害者にとって最も基本的で、直接影響される環境は地域である。地域での過ごし方が、障害の克服を促進したり、逆に障害を重度化することになる。センターが地域支援に注目するのはその点からである。

訪問看護ステーションのような直接的な地域支援機能を持っていないセンターが行える地域支援は、(1) 疾病・障害状況を定期的にチェックする、(2) 家族に支援の際の留意点、家屋構造の問題点などの情報を提供し、不明な点や不安な問題の相談にのる、(3) 研修会などを通じて、地域で活躍する専門職の知識・技術の向上の援助を行う、である。センターの地域活動は徐々に拡大しているが、さらに一層の充実を目指さなければならない。

(1) 機能訓練事業への支援

(ア) 協和町リハビリ学級

理学療法士 2回 堀川 学

作業療法士 3回 今井 龍、吉田 悟己、今野 梓

(イ) 西仙北町リハビリ学級

理学療法士 7回 谷藤 慶幸、大阪 真利子

(ウ) 南外村転倒予防教室

理学療法士 1回 岩澤 里美

作業療法士 2回 今野 梓

(2) 介護事業への支援

(ア) ホームヘルパー養成講習 2 級課程 (日本労働者共同組合連合会主催)

内 容：ホームヘルパー 2 級資格取得を目指す受講者への講義と実技指導

派遣日時	職 名	氏 名	演題等	講演会等名称	主催
H16. 6. 13	総看護師長 主査	齋藤 京子 日沼 純子	介護の心構え 体位変換・姿勢交換の介護 寝具の整え方 ベッドメイキング	ホームヘルパー養成講習 2 級課程	日本労働者共同組合連合会 センター 事業団秋田営業所
H16. 6. 19	主任 主任	熊谷 浩子 豊嶋 真里子	衣服着脱の介護 排泄・尿失禁の介護		
H16. 6. 20	主任 主任	戸嶋 弘子 畠山 朋子	車椅子の移乗、移動動作 食事の介護、口腔ケア		
H16. 6. 26	主任 主任	池田 由美子 高橋 洋子	清拭、洗髪の介護 入浴介助、細部の清潔 褥瘡の予防		
H16. 6. 27	主任 主任 総看護師長	佐藤 康孝 藤原 真人 齋藤 京子	肢体不自由者、聴覚障害者の歩行介助 緊急時の対応 まとめ		

(イ) さわやか介護セミナー (秋田魁新報社主催)

テーマ：笑顔でやさしい在宅介護の実践

目 的：在宅療養している方々に対して介護する人・される人ともに最少の労力で効果的な介護の仕方を学ぶ

日 時：平成 16 年 10 月 30 日 (土) 13:30～16:00

場 所：障害者自立訓練センター 体育館

参加者：秋田県中央部、山本町、由利本荘地区、大曲仙北地区の住民 68 名

指導者：齋藤京子、佐々木典子、高橋洋子、安田茂子

内 容：介護の基本、衣服の着せ方、食事の介助、体位の変え方・おこし方、車椅子への移り方、ベッドからの移動、排泄の介助、緊急時の対応、腰痛や肩こり予防の簡単体操

結 果：参加者は 20 歳代から 70 歳代と幅広い年齢層で男性が 5 名おられた。皆さん講義・実技とも真剣に取り組まれ関心の高さが伺えた。とくに段差のある場所での車椅子の移動の仕方や、体位を変えてもらう立場を経験し合い、コツをつかんでいれば双方が楽なことも実感できたと感想を述べられていた。なかには実際介護している方もおり積極的に質問や意見を述べられ、指導者が気づかされる面もあった。

(3) 地域リハビリテーション検診事業

在宅生活を続ける障害者はしばしば機能低下を起こす。その理由は不活動、肺炎、うつ状態、痙縮の亢進など様々である。治療体操や散歩など様々な努力は介護予防に大きく貢献するが、やはりそれだけでは障害悪化を完全に食い止めることはできない。そのときには、機能改善のためにリハビリテーション専門病院での短期集中リハビリテーションが有用と考えている。地域リハビリテーション検診の主な目的は機能低下を早期発見することである。それにより、短期入院を含めた様々な治療を早期に行うことが可能となる。また、検診を受けるまでの運動や生活活動が充分かどうかを検討したり、療養相談を行ったりすることも目的の1つとなる。平成16年度は協和町、南外村、西仙北町、神岡町で開催された。

月 日	開催場所	医 師	理学療法士	作業療法士	参加人数
平成16年 7月15日	協和町	千田 富義	原崎 祐子 松嶋 明子 武田 超	高見 美貴 加納いずみ	17名
7月22日	神岡町	千田 富義	中野 博明 古山るり子	川野辺 穰 中野 美緩	9名
7月26日	南外村	千田 富義	須藤恵理子 五十嵐優子 大阪真利子	川野辺 穰 小野かおり	12名
8月5日	西仙北町	千田 富義	堀川 学 岩澤 里美 谷藤 慶幸	小野かおり 佐藤 康洋	10名

(4) 平成16年度リハビリ講座（リハビリテーション科）

1講座は1講師20分で、2講座行われている。センター講堂で月1回、患者やその家族を対象に行っている。リハビリテーション科を訪れる患者は、リハビリテーションがどういうものなのか、退院後どのようなことに注意を払ったらいいかなど多くの疑問を持っており、こうした疑問を分かりやすく説明することを目的として開催している。

患者にリハビリテーションのことを知ってもらうことにより、(1)受けている訓練の目的が理解できて主体的に参加できる、(2)どのようなことをすると危険かが理解できて医療安全につながる、(3)退院後の生活を前もって予測でき、どのような生活を選ぶのか自己決定ができる、などの効果が期待できる。

実施内容

月 日	リハビリ講座の内容	講師および担当者		参加人数
4月30日	運動をしましょう 杖・手すりの話	医師 理学療法士	千田 富義 原崎 祐子	24名
5月28日	介護サービスの活用について 障害者の自動車運転	ソーシャルワーカー 作業療法士	進藤 千幸 進藤 潤也	33名
6月25日	トイレ介助について 血管を守る栄養素について	看護師 管理栄養士	進藤 美保 加賀谷淑子	19名
7月23日	転倒予防 音の不思議	理学療法士 患者家族	須藤恵理子 菊地 令子	29名
8月27日	脳卒中のはなし 気分を変えるコツ	医師 臨床心理士	千田 富義 佐藤 健太	36名
9月24日	安全に食べよう 当センターでの放射線検査について	看護師 放射線技師	真光 幸子 小野寺 洋	22名
10月22日	トイレ介助について 失語症について	看護師 言語聴覚士	金澤 明子 大塚 幸子	32名
11月26日	福祉制度の利用について 生活に便利な福祉用具	ソーシャルワーカー 作業療法士	進藤 千幸 今野 梓	28名
12月24日	杖・手すりの話 健康を守る栄養素	理学療法士 管理栄養士	五十嵐優子 加賀谷淑子	31名
1月28日	当センターでの放射線検査について 障害者の自動車運転	放射線技師 作業療法士	小野寺 洋 川野辺 穰	37名
2月25日	落ち込み気分から脱出する方法 車椅子を使いこなそう	臨床心理士 理学療法士	柏谷 美紀 松嶋 明子	27名
3月25日	脳卒中片麻痺に伴う腰痛について 入浴について	医師 看護師	佐山 一郎 早坂 ゆき	24名

(5) 平成16年度認知症介護支援

認知症に対する啓発を行い、家族の抱えている悩みや疑問を解決し、認知症患者の介護に対する理解を深める。

(ア) 介護ビデオ教室（6病棟）

対 象 : 6病棟に入院している患者・家族
 日 時 : 毎月第2水曜日（定期） 家族の希望日（指導予定日）
 放映ビデオ : 「老年痴呆介護の実際」「家庭での上手な介護」
 アドバイザー : プライマリナーズまたは担当看護師、看護師長
 参加人数 : 1～2家族2～5名

(イ) 認知症介護講座（7病棟）

対 象 : 7病棟に入院している患者・家族
 実施内容

月 日	介護講座の内容	担当および講師		参加人数
平成16年 7月8日	「痴呆のお年寄りへの対応」 「介護サービスについて」	看護師 看護師 ケースワーカー	吉田 明子 牧野 みゆき 佐々木 智子	12家族 14名
9月16日	「妄想への対応」 「妄想ってなに？どうしたらいいの？」	精神科医師 看護師 看護師	佐藤 隆郎 池田 良子 大友 智美	12家族 15名
10月1日	「迷惑行為と問題行動について」 「こんな時どうするの」	センター副所長 看護師 看護師	飯島 壽佐美 小林 美和 伊藤 智幸	7家族 10名
12月7日	「薬物療法について」 「お薬と食事の関係」	精神科医師 看護師 看護師	室岡 守 菅原 若葉 加藤 和子	7家族 9名
平成17年 2月17日	「7病棟における作業療法について」	作業療法士 看護師 看護師	佐藤 康洋 鈴木 文子 金 裕美	8家族 9名

(6) リハビリ健康教室

センター開設以来、どのような患者がリハビリテーションの対象となり、どのようなことが改善するかについて、秋田県民のなかで次第に理解が深まってきている。その結果、リハビリテーションを身近に感じる方々も増加してきている。しかし、秋田県全体を見れば、センターの存在、リハビリテーションの知識もまだ十分とは言えない。それゆえ、リハビリテーションの重要性と

センターの役割を多くの県民に知って頂く活動は重要である。高齢者が集うことの多い老人福祉総合エリアで、リハビリ健康教室を継続して開催している。老人福祉エリアは県南、県中央、県北の3カ所にあるため、センターから離れた地域も含め、より広範に啓発活動ができる利点がある。この教室を通じてセンター入院を思い立った方も出てきている。内容は約1時間の健康講話とリハビリ検診で、ほぼ3～4時間で行われる。リハビリ検診では、日頃困っている健康上の問題について相談され、納得して帰る方も多い。主催は秋田県立リハビリテーション・精神医療センターと老人福祉エリアである。

日 時：平成16年9月4日（土）

場 所：秋田県南部老人福祉総合エリア（大森町）

演題名：転倒予防について

講 師：千田 富義

検 診：医 師 千田 富義
理学療法士 須藤 恵理子、谷藤 慶幸
作業療法士 高橋 敏弘、今井 龍

参加者：63名

日 時：平成16年9月11日（土）

場 所：秋田県北部老人福祉総合エリア（大館市）

演題名：転倒予防について

講 師：千田 富義

検 診：医 師 千田 富義
理学療法士 五十嵐 優子、古山 るり子
作業療法士 進藤 潤也、加藤 淳一

参加者：20名

日 時：平成16年9月25日（土）

場 所：秋田県中央地区老人福祉総合エリア（秋田市）

演題名：転倒予防について

講 師：千田 富義

検 診：医 師 千田 富義
理学療法士 松嶋 明子、大阪 真利子
作業療法士 吉田 悟己、佐藤 洋子

参加者：45名

（７）第８回リハセン祭

リハセン祭は、センターを広く県民の皆様に知って頂き、センター医療を一層効果的にするために、（１）障害者の障害悪化の予防・健康維持のための健康啓発活動を行う、（２）センターの医療内容を広く伝え県民にセンターを身近に感じてもらう、（３）患者同士のコミュニケーションの場とする、などを目的として始められた。運営にはセンター内の全職種が携わっており、センター医療の紹介に努めている。

平成１６年度は、１０月１６日（土）に開催され、約２８０名の患者や家族の方々、近隣町村の方々などが参加した。

内容は、記念講演として、秋田県健康福祉部子育て支援課長山王丸愛子氏の「みんなで、『子育て支援』しませんか？」についての話があり、その他、生活習慣病予防の相談コーナー、栄養相談、健康度チェック、七宝焼き・籐細工などの、肩は凝らないけれど役に立つ企画もたくさん行われた。

また、体育館では、毎年お願いしている協和中学校吹奏楽部のブラスバンド演奏やアンデス音楽フォルクローレの演奏など、大変に喜ばれた。



（８）院内行事

センターでは、患者・家族のコミュニケーションの場を設けることで、入院患者の早期回復意欲の高揚につながるよう、センター内において様々な行事を行っている。

（ア）納涼祭

輪投げゲームや水風船釣りなどで、暑い夏の日を楽しく過ごして頂いた。

平成16年 8月19日

参加者 約200名

（イ）運動会

秋のスポーツシーズンに、入院生活による運動不足を少しでも解消していただこうと、綱引きやパン食い競争などを行った。

平成16年10月14日

参加者 約200名

（ウ）クリスマス会

地元愛好者の方々による楽器演奏、コーラス、ダンス、舞踊を見て聞いて楽しんで頂いた。また、ささやかながら患者へプレゼントを贈り、明日への励みとして頂いた。

平成16年12月16日

参加者 約200名



(9) 広報活動

(ア) リハセンだより

センター内の活動内容を知っていただき、また、センターへの要望などを指摘していただくための広報誌として、平成10年9月に第1号が発行され、以来年4回のペースで発行を継続し、県内福祉・保健関係の行政機関や、病院・施設に配布している。平成16年度の状況は次のとおりである。

番号・発行月	記 事
第23号 平成16年4月	精神科救急医療と看護師の役割 業務紹介 7病棟 ネイチャーウォッチング in リハセン（リハセンで見かける自然）③ 薬と食事について 認知症病棟のレクリエーション・節分 院内禁煙にご協力をお願いします
第24号 平成16年7月	患者さんの会「元気湧き出す泉の会」に参加して 業務紹介 6病棟 ネイチャーウォッチング in リハセン（リハセンで見かける自然）④ 食中毒について シリーズ検査データ① リハセン納涼祭のお知らせ・院内教育研修会の様子
第25号 平成16年10月	リハセンの病院機能評価される・ 業務紹介 外来 ネイチャーウォッチング in リハセン（リハセンで見かける自然）⑤ 老人性認知症に関する相談専用電話設置のお知らせ シリーズ検査データ② クリスマス会のお知らせ・納涼祭の様子
第26号 平成17年1月	新年のご挨拶 新潟県中越大震災への「こころのケアチーム」派遣について リハセンにブラジルから研修生が来ました!! シリーズ検査データ③ 運動会・クリスマス会の様子

(イ) ホームページ

センターをより多くの方に知っていただくために、ホームページを開設し、センター概要、設備状況、診療内容、スタッフ紹介などの他に、受診・入院の案内、介護予防情報などを盛り込んだリハビリ講座、受診される患者・家族の方々のためのマニュアルなど、多くの情報を掲載している。

参考：<http://www.med-akitarehasen.gr.jp/>

3 教育活動

教育機関、その他機関への講師活動にしても、医学研究などに関する研修受講にしても講師・受講者それぞれの立場で知識の整理に有用であり、センター医療の向上に貢献するものである。また、多くの学会発表・印刷業績は日常診療の問題解決に向けた努力が進化した結果である。必ず日常診療へ好ましいフィードバックをもたらすはずである。さらに職員の教育研修をより系統的に、組織的に行う目的で発足した教育研修委員会の活動も順調に発展している。教育研修の目的は、視野が広く、技術を適切に運用できる人材を増やすことであり、センターで最も重視しなければならない活動の1つである。

(1) 教育機関への講師等派遣活動

派遣職員		支援先	講義内容	講義時間
氏名	科名			
小畑 信彦	神経・精神科	秋田大学医学部	精神医学	4時間
川野辺 穰	機能訓練科	秋田大学医学部保健学科	基礎作業療法学実習	12時間
齋藤 京子	看護科	秋田県立衛生看護学院	基礎看護学Ⅰ 看護管理	6時間
齋藤 京子	看護科	秋田県立衛生看護学院	基礎看護学Ⅲ	5時間
佐藤 健太	機能訓練科	秋田県立衛生看護学院	教育相談と生徒指導	30時間
佐藤 隆郎	神経・精神科	秋田県立衛生看護学院	精神看護学Ⅰ 精神保健	20時間
佐藤 洋子	機能訓練科	秋田大学医療技術短期大学部	作業療法学実習Ⅱ	9時間
佐山 一郎	リハビリテーション科	秋田県立大学システム科学技術部	機械知能システム学特別講座Ⅰ	1.5時間
須藤 恵理子	機能訓練科	秋田大学医学部保健学科	理学療法評価学実習	18時間
高橋 栄治	放射線科	秋田県立衛生看護学院	臨床病態学Ⅲ	4時間
高橋 敏弘	機能訓練科	秋田大学医療技術短期大学部	身体障害作業治療学	9時間
高橋 祐二	神経・精神科	秋田県立衛生看護学院	精神看護学Ⅱ 精神疾患	31時間
高見 美貴	機能訓練科	日本赤十字秋田短期大学	リハビリテーション論	15時間

派遣職員		支援先	講義内容	講義時間
氏名	科名			
中澤 操	リハビリテーション科	秋田大学医学部	耳鼻咽喉科学	6 時間
堀川 学	機能訓練科	秋田県立衛生看護学院	成人看護学Ⅱ 肺理学療法	4 時間
室岡 守	神経・精神科	秋田県立衛生看護学院	精神看護学Ⅱ 精神疾患	1 5 時間

(2) 他機関への講師等派遣状況

派遣職員		派遣日時	演題等	講演会等名称	主催
氏名	科名				
飯島 壽佐美	神経・精神科	毎月 第1・3 金曜日	総合雇用支援センター心理カウンセリング	カウンセリング	(財) 秋田ふるさと定住機構
小畑 信彦	神経・精神科	H16. 11. 17	職場の中のメンタルヘルス	東北労金秋田支店推進委員会研修会	東北労金秋田支店
小畑 信彦	神経・精神科	H17. 2. 4	教職員のメンタルヘルス	学校保健を語る会講話	大曲仙北学校保健会
加納 いずみ	機能訓練科	H16. 8. 9	心理面の援助方法の講義指導	訪問介護員養成研修	西仙北町社会福祉協議会
工藤 順子 越川 美紀	看護科	H16. 11. 9 H16. 11. 10	講話：認知症とはどんな病気か他 実技：認知症予防機能訓練他	家族介護者教室	十文字町社会福祉協議会
佐山 一郎	リハビリテーション科	H16. 5. 29	脳卒中後遺症からの生還、回復の条件とリハビリテーションの役割	公開講座	脳卒中協会 秋田県支部
下村 辰雄	リハビリテーション科	H15. 6. 25	認知症についての基礎知識	認知症介護実務者研修	秋田県社会福祉協議会
下村 辰雄	リハビリテーション科	H15. 9. 24	認知症についての基礎知識	認知症介護実務者研修	秋田県社会福祉協議会
下村 辰雄	リハビリテーション科	H15. 11. 5	認知症についての基礎知識	認知症介護実務者研修	秋田県社会福祉協議会

派遣職員		派遣日時	演題等	講演会等名称	主催
氏名	科名				
下村 辰雄	リハビリテーション科	H15. 11. 15	認知症のケア	秋田コンチネンス勉強会	秋田コンチネンス勉強会
下村 辰雄	リハビリテーション科	H16. 1. 21	認知症についての基礎知識	認知症介護実務者研修	秋田県社会福祉協議会
下村 辰雄	リハビリテーション科	H16. 6. 23	認知症に関する基本的知識	認知症介護実務者研修・基礎課程①	秋田県社会福祉協議会
下村 辰雄	リハビリテーション科	H16. 7. 24	認知症に対してのリハビリテーションアプローチ変性性認知症疾患への試み	秋田県作業療法士会研修会	秋田県作業療法士会研修会
下村 辰雄	リハビリテーション科	H16. 10. 23	認知症に関する基本的知識	認知症介護実務者研修	秋田県社会福祉協議会
下村 辰雄	リハビリテーション科	H16. 11. 5	認知症に対するリハビリテーション	医療と健康を考える集い	太田町
下村 辰雄	リハビリテーション科	H17. 1. 18	認知症に関する基本的知識	認知症介護実務者研修	秋田県社会福祉協議会
下村 辰雄	リハビリテーション科	H17. 2. 3	認知症に関する基礎知識	職員向け研修会	秋田県認知症性高齢者グループホーム連絡協議会
下村 辰雄	リハビリテーション科	H17. 2. 16	認知症の基礎的理	スタッフ研修会	大曲仙北グループホーム連絡会
進藤 潤也	機能訓練科	H16. 8. 9	心理面への援助方法	訪問介護員養成研修会	西仙北町
進藤 潤也	機能訓練科	H16. 11. 4	「やさしい手芸・運動」について	生きがい活動支援通所事業	西仙北町社会福祉協議会
千田 富義	リハビリテーション科	H16. 6. 11 H16. 11. 24	認知症性高齢者への医学的アプローチ	訪問介護員認知症介護研修講義	秋田県社会福祉協議会

派遣職員		派遣日時	演題等	講演会等名称	主催
氏名	科名				
千田 富義	リハビリテーション科	H16. 6. 30	運動障害を起こす高齢者疾患について	健康講座	協和町
千田 富義	リハビリテーション科	H16. 10. 3	リハビリテーション論	介護福祉士試験受験準備講習会リハビリテーション論講義	秋田県社会福祉協議会
千田 富義	リハビリテーション科	H16. 10. 26	リハビリテーション医療の基礎知識	訪問介護員養成研修講義	秋田県南部老人福祉総合エリア
中野 明子	機能訓練科	H16. 7. 3	摂食・嚥下障害～言語聴覚士の立場から	摂食・嚥下障害についての研修会	(社) 秋田県栄養士会
中澤 操	リハビリテーション科	H16. 5. 20	聴覚障害者の基礎知識	平成16年度手話奉仕員養成講座講義	秋田市身体障害者協会
中澤 操	リハビリテーション科	H16. 6. 3	聴覚障碍児に関わる多職種の連携について—秋田県新生児聴覚スクリーニングのシステム化を振り返って—	第44回川崎市耳鼻咽喉科セミナー	帝京大学溝の口病院
中澤 操	リハビリテーション科	H16. 7. 3	嚥下障害の評価方法	高齢者ケアに携わる看護職員の研修会	秋田県看護協会
中澤 操	リハビリテーション科	H16. 7. 25	聴覚障碍児の学校生活における環境整備について	第53回日耳鼻東北地方部会連合学術講演会学校保健委員会	日耳鼻秋田県地方部会
中澤 操	リハビリテーション科	H16. 8. 1	新生児から大人まで、関連職種の連携など	新生児聴覚スクリーニング講習会講演	三重県医師会
中澤 操	リハビリテーション科	H16. 10. 1	嚥下障害について	病院職員研修会	秋田組合総合病院

派遣職員		派遣日時	演題等	講演会等名称	主催
氏名	科名				
中澤 操	リハビリテーション科	H16. 9. 11	聴覚障碍児の学校生活における環境整備について取り組んできたこと	東北医師会学校保健第58回東北医師会連合会総会並びに学術大会学校保健分科会	
中澤 操	リハビリテーション科	H16. 10. 22	新生児聴覚スクリーニングについて	全国盲聾第47回全国盲ろう難聴児施設協議会全国研究・研修大会東日本ブロック盲ろう難聴児施設協議会職員研修会	全国盲ろう難聴児施設協議会事務局
中澤 操	リハビリテーション科	H17. 1. 15	新生児聴覚スクリーニングの取り組み ろう・難聴教育について	近畿教育オージオロジー協議会冬の勉強会	近畿教育オージオロジー協議会 奈良県立ろう学校
中澤 操 照井 和子 加賀谷 淑子	リハビリテーション科 看護科 給食課	H17. 2. 10	嚥下障害の評価と訓練	秋田育明会合同研修会	秋田育明会
中澤 操	リハビリテーション科	H17. 2. 20	こどもの難聴を早く発見したい理由	耳の日市民公開講座	日耳鼻秋田県地方部会
畠山 朋子	看護科	H16. 7. 3	嚥下障害について	高齢者ケアに携わる看護職員の研修会	秋田県看護協会
畠山 直子	看護科	H16. 11. 18	認知症患者のケアについて	院内研修会	中通リハビリテーション病院
理学療法士 他	機能訓練科	年8回	リハビリ学級指導員		西仙北町

派遣職員		派遣日時	演題等	講演会等名称	主催
氏名	科名				
理学療法士 作業療法士 他	機能訓練科	年5回	集団の機能訓練他 創作活動	介護予防事業	南外村
渡辺 はるみ	看護科	H16.9.7	高齢者・障害者の 口腔ケア	訪問介護員養成 研修	秋田県長寿 振興財団

(3) 医学研究等研修状況

氏名	研修日時	研修内容	開催地
飯島 壽佐美 (神経・精神科)	H16.4.17	第50回QOL研究会	大阪府
飯島 壽佐美 (神経・精神科)	H16.5.20～ H16.5.22	第100回日本精神神経学会総会	北海道
飯島 壽佐美 (神経・精神科)	H16.5.26～ H16.5.28	日本精神科看護技術協会主催・精神科看護学 会第29回秋田大会	秋田県
飯島 壽佐美(神 経・精神科)他2名	H16.6.25～ H16.6.26	第19回日本老年精神医学会	長野県
飯島 壽佐美 (神経・精神科)	H16.7.3～ H16.7.4	第20回秋田こころの臨床研究会夏季セミ ナー	秋田県
飯島 壽佐美(神 経・精神科)他1名	H16.7.31～ H16.8.1	東北地区平成16年度第1回「臨床研修指導 医講習会」	福島県
飯島 壽佐美 (神経・精神科)	H16.9.26	第58回東北精神神経学会総会	青森県
飯島 壽佐美(神 経・精神科)他1名	H16.10.8～ H16.10.9	第12回日本精神科救急学会総会	岡山県
飯島 壽佐美 (神経・精神科)	H16.11.6～ H16.11.7	東北地区第2回「臨床研修指導医講習会」	秋田県
飯島 壽佐美(神 経・精神科)他2名	H16.11.11～ H16.11.12	第9回日本神経精神医学会	兵庫県
飯島 壽佐美 (神経・精神科)	H17.1.28	第46回産業精神衛生研究会	愛知県
飯島 壽佐美 (神経・精神科)	H17.2.11～ H17.2.14	平成16年度第4回精神保健判定医等養成 研修会	大阪府
飯島 壽佐美(神 経・精神科)他1名	H17.3.5	法と精神科臨床研究会第15回例会	東京都

氏 名	研修日時	研修内容	開催地
石川 博康 (神経・精神科)	H16. 6. 16～ H16. 6. 18	第 4 6 回日本老年医学会学術集会	千葉県
石川 博康 (神経・精神科)	H16. 9. 25	N P H学術セミナー	東京都
小畑 信彦 (神経・精神科)	H16. 9. 30～ H16. 10. 1	第 3 8 回日本てんかん学会	静岡県
小畑 信彦 (神経・精神科)	H16. 11. 12～ H16. 11. 14	平成 1 6 年度精神保健判定医等養成研修会	宮城県
佐藤 隆郎 (神経・ 精神科) 他 1 名	H16. 9. 17～ H16. 9. 18	第 2 8 回日本神経心理学会総会	広島県
佐藤 隆郎 (神経・精神科)	H16. 11. 26～ H16. 11. 27	第 1 7 回日本総合病院精神医学会総会	東京都
佐山 一郎 (リハビリテーション科)	H16. 10. 6～ H16. 10. 8	第 6 3 回日本脳神経外科学会総会	愛知県
下村 辰雄 (リハビリテー ション科) 他 1 名	H16. 5. 12～ H16. 5. 14	第 4 5 回日本神経学会総会	東京都
下村 辰雄 (リハビリテーション科)	H16. 6. 11～ H16. 6. 12	第 1 3 回日本脳ドック学会総会	東京都
下村 辰雄 (リハビリテー ション科) 他 1 名	H16. 9. 10～ H16. 9. 11	第 7 5 回日本神経学会東北地方会	山形県
下村 辰雄 (リハビリテーション科)	H16. 9. 18	第 1 0 回東北老年医療シンポジウム	宮城県
下村 辰雄 (リハビリテーション科)	H16. 10. 9	「かかりつけ医の認知症診断技術向上に関 するモデル事業」講習会	岩手県
下村 辰雄 (リハビリテー ション科) 他 2 名	H17. 3. 19	第 7 6 回日本神経学会東北地方会	宮城県
高橋 栄治 (放射線科)	H16. 4. 8～ H16. 4. 10	第 6 3 回日本医学放射線学会	神奈川県
高橋 栄治 (放射線科)	H16. 10. 28～ H16. 10. 30	第 4 0 回日本医学放射線学会秋季臨床大会	東京都
高橋 栄治 (放射線科)	H16. 12. 21	第 2 0 0 回放射線安全管理講習会	東京都
高橋 栄治 (放射線科)	H17. 1. 22	第 1 8 回冬季セミナー	東京都
千田 富義 (リハビリテー ション科) 他 2 名	H16. 6. 3～ H16. 6. 5	第 4 1 回日本リハビリテーション医学会学 術集会	東京都

氏 名	研修日時	研修内容	開催地
千田 富義 (リハビリテーション科)	H16. 7. 2～ H16. 7. 3	第 5 4 回日本病院学会	神奈川県
千田 富義 (リハビリテーション科) 他 2 名	H16. 7. 10～ H16. 7. 11	第 9 回認知神経科学会	東京都
千田 富義 (リハビリテーション科) 他 3 名	H16. 10. 23	第 1 6 回日本リハビリテーション医学会東北地方会	青森県
千田 富義 (リハビリテーション科)	H16. 11. 11～ H16. 11. 12	第 4 3 回全国自治体病院学会	広島県
千田 富義 (リハビリテーション科)	H17. 2. 26	第 1 3 回高度先進リハビリテーション医学研究会	東京都
千田 富義 (リハビリテーション科) 他 2 名	H17. 3. 26	第 1 7 回日本リハビリテーション医学会東北地方会	宮城県
塚本 佳 (神経・精神科)	H16. 9. 11～ H16. 9. 12	第 1 2 回日本ホスピス在宅ケア研究会福島大会	福島県
塚本 佳 (神経・精神科)	H16. 9. 18～ H16. 9. 20	日本カウンセリング学会第 3 7 回大会	東京都
塚本 佳 (神経・精神科)	H16. 11. 24～ H16. 11. 26	第 9 回精神保健指定医研修会	京都府
塚本 佳 (神経・精神科)	H17. 1. 22	運動障害研究会	東京都
塚本 佳 (神経・精神科)	H17. 2. 11～ H17. 2. 12	第 1 5 回日本間脳下垂体腫瘍学会	東京都
塚本 佳 (神経・精神科)	H17. 2. 19～ H17. 2. 20	性差医療・医学研究会第 2 回学術集会	東京都
中澤 操 (リハビリテーション科)	H16. 5. 13～ H16. 5. 15	日本耳鼻咽喉科学会第 1 0 5 回総会・学術講演会	広島県
中澤 操 (リハビリテーション科)	H16. 10. 14～ H16. 10. 15	第 4 9 回日本聴覚医学会総会・学術講演会	福岡県
成見 綾 (神経・精神科) 他 1 名	H16. 7. 15～ H16. 7. 17	日本ペインクリニック学会第 3 8 回大会	東京都
成見 綾 (神経・精神科)	H16. 9. 29～ H16. 10. 1	第 1 4 回日本臨床精神神経薬理学会	兵庫県
成見 綾 (神経・精神科)	H17. 1. 13～ H17. 1. 15	第 1 6 回日本 Pediatric i n t e r v e n t i o n a l C a r d i o l o g y (J P I C) 研究会学術集会	愛知県
室岡 守 (神経・精神科)	H16. 7. 24	平成 1 6 年度精神保健指定医研修会	東京都

氏 名	研修日時	研修内容	開催地
室岡 守 (神経・精神科)	H16. 11. 3～ H16. 11. 5	第 4 5 回日本児童青年精神医学会総会	愛知県
横山 絵里子 (リハビリテーション科)	H16. 4. 12～ H16. 4. 14	第 2 1 回日本脳電磁図トポグラフィ研究会、 第 1 5 回国際脳電磁図トポグラフィ学会	千葉県
横山 絵里子 (リハビリテーション科)	H16. 11. 4	母性健康管理研修会	秋田県
横山 絵里子 (リハビリテーション科)	H16. 11. 17～ H16. 11. 19	第 3 4 回日本臨床神経生理学会学術大会	東京都

(4) 研修状況

氏 名	研修日時	研修内容	開催地
青木 由美子 (看護科)	H16. 5. 28	院内感染対策研修会	秋田県
青木 由美子(看護科) 他 5 名	H16. 12. 3	第 3 1 回秋田県看護学会	秋田県
秋野 和華子 (臨床検査科)	H16. 6. 26～ H16. 6. 27	平成 1 6 年度生理機能検査部門研修会	北海道
秋林 直美(看護科) 他 1 名	H16. 7. 17～ H16. 7. 18	S S T (社会生活技能訓練療法) ファースト レベル講習会	岩手県
飯島 壽佐美(神 経・精神科) 他 8 名	H16. 8. 25～ H16. 8. 27	平成 1 6 年度第 4 2 回全国自治体病院協議 会精神科特別部会総会、看護部長会総会及び 院長・医長、看護部長・看護管理者合同研修会	秋田県
五十嵐 優子(機能 訓練科) 他 1 名	H16. 10. 7～ H16. 10. 8	第 3 9 回日本理学療法士協会全国研修会	奈良県
池田 良子 (看護科)	H16. 5. 21	秋田県看護協会研修「救急医療における患 者・家族の心理と看護師の役割」	秋田県
伊藤 正好 (総務管理班)	H16. 10. 4～ H16. 10. 5	防火管理者の資格を与える講習会	秋田県
伊藤 正好 (総務管理班)	H17. 2. 10	平成 1 6 年度防災セミナー	東京都
伊藤 光仁 (事務部)	H16. 7. 1	秋田県自治体病院開設者協議会・自治体病院 協議会秋田県支部総会	秋田県
伊藤 光仁(事務部) 他 2 名	H17. 3. 18	全国自治体病院協議会秋田県支部職員研修 会	秋田県
今井 龍 (機能訓練科)	H16. 11. 13～ H16. 11. 14	日本作業療法士協会生涯教育講座「脳卒中患 者の作業療法～急性期から在宅までの評価 と治療について～」	長野県

氏 名	研修日時	研修内容	開催地
今井 龍 (機能訓練科)	H17. 2. 5～ H17. 2. 6	「脳卒中患者の作業療法～急性期から在宅までの評価と治療について」	愛媛県
太田 富子(看護科) 他 1 名	H16. 10. 30	秋田県看護協会研修「ファーストレベル公開講義～看護と倫理～」	秋田県
大塚 幸子 (機能訓練科)	H16. 7. 17～ H16. 7. 19	日本高次脳機能障害学会 2 0 0 4 年教育研修講座	東京都
大友 直毅 (総務管理班)	H16. 10. 21	平成 1 6 年度病院事業経営講習会	宮城県
大山 由香(看護科) 他 2 名	H16. 11. 15	秋田県看護協会研修「医療・看護事故判例と看護職の法的責任」	秋田県
小野寺 洋(放射線科) 他 1 名	H16. 6. 12、 H16. 7. 3	乳房撮影技術研修会	秋田県
小野寺 洋 (放射線科)	H16. 11. 4～ H16. 11. 6	第 4 4 回日本核医学会総会	京都府
小野寺 洋 (放射線科)	H16. 11. 14	第 4 1 回東北循環器撮影研究会	青森県
加賀谷 淑子 (給食科)	H16. 11. 26	栄養指導技術研修会	秋田県
加賀谷 淑子 (給食科)	H17. 3. 10	給食施設関係者研修会	秋田県
柏谷 美紀 (機能訓練科)	H16. 5. 15	東北催眠セミナー	秋田県
柏谷 美紀 (機能訓練科)	H16. 5. 29	あきた集団療法セミナー	秋田県
柏谷 美紀(機能訓練科) 他 1 名	H16. 7. 3～ H16. 7. 4	第 2 0 回秋田こころの臨床研究会夏季セミナー	秋田県
加藤 淳一(機能訓練科) 他 1 名	H16. 12. 8	平成 1 6 年度精神障害者社会参加促進研修会	秋田県
加藤 真弓(看護科) 他 1 名	H16. 6. 24	秋田県看護協会研修「こどもの成長を支援する～こどもと向き合う・歩むためのコミュニケーション～」	秋田県
加納 いずみ(機能訓練科) 他 6 名	H16. 6. 5～ H16. 6. 6、 H16. 7. 3、 H16. 8. 7	平成 1 6 年度秋田県作業療法士会新人教育プログラム	秋田県
加納 いずみ (機能訓練科)	H16. 8. 9	平成 1 6 年度訪問介護研修会	秋田県

氏 名	研修日時	研修内容	開催地
鎌田 妙子（看護科） 他 1 名	H16. 9. 8～ H16. 9. 10	全国自治体病院協議会主催・看護管理研修会 （第 2 回）	福島県
軽部 奈弥子 （看護科）	H16. 10. 2	第 3 回 N P O 法人日本リハビリテーション 看護学術大会	東京都
工藤 和彦 （薬剤科）	H16. 6. 25～ H16. 6. 27	第 5 5 回日本東洋医学会学術総会	神奈川県
工藤 和彦 （薬剤科）	H16. 11. 13	漢方スキルアップセミナー	岩手県
工藤 順子 （看護科）	H16. 7. 3	秋田県看護協会研修「キャリア開発と人事考 査」	秋田県
後藤 公明（看護科） 他 1 名	H16. 9. 27～ H16. 9. 28	全国自治体病院協議会主催「臨床実習指導者 研修会」	東京都
齋藤 京子 （看護科）	H16. 6. 4	平成 1 6 年度秋田県病院協会看護管理研究 部会総会・研修会	秋田県
佐々木 和子 （放射線科）	H16. 10. 2	第 7 回秋田核医学談話会	秋田県
佐々木 和子 （放射線科）	H17. 3. 19	第 2 回診療放射線技師に求められる説明責 任	秋田県
佐々木 享（看護科） 他 4 名	H17. 3. 5	日本精神科看護技術協会秋田県支部主催・中 央☆県南地区冬期研修会	秋田県
佐々木 純子（看護 科）他 1 名	H16. 9. 8	第 2 1 回リスクマネジメントセミナー	秋田県
佐々木 純子（看護 科）他 1 名	H16. 10. 23	秋田県看護協会研修「看護職の臨床実践能力 向上を図るには～チーム・看護単位・組織で の取り組み方～」	秋田県
佐々木 田鶴子 （看護科）	H16. 7. 26	医療ガス取扱い保安講習会	秋田県
佐々木 智子（医事 班）他 1 名	H17. 3. 17	長寿社会シンポジウム「地域ケアの向上を目 指して」	秋田県
佐々木 典子 （看護科）	H16. 7. 14～ H16. 7. 30、 H16. 8. 18～ H16. 8. 28、 H16. 9. 13～ H16. 9. 29	平成 1 6 年度「認定看護管理者教育課程セカ ンドレベル」研修	岩手県
佐藤 健太（機能訓 練科）他 1 名	H16. 7. 23～ H16. 7. 25	日本ブリーフサイコセラピー学会第 1 4 回 東京大会	東京都

氏 名	研修日時	研修内容	開催地
佐藤 健太 (機能訓練科)	H16. 9. 8	第 2 3 回日本心理臨床学会ワークショップ	東京都
佐藤 健太 (機能訓練科)	H16. 11. 10	平成 1 6 年度全県精神保健福祉研修会	秋田県
佐藤 直美 (給食科)	H16. 11. 16～ H16. 11. 17	健康運動指導士の登録更新のための認定講習会(平成 1 6 年度東日本地区高齢者体力づくり指導者講習会)	福島県
佐藤 直美(給食科) 他 1 名	H17. 2. 25	栄養改善推進研究会	秋田県
佐藤 康孝 (看護科)	H17. 1. 17～ H17. 1. 21	日本精神科看護技術協会思春期・青年期精神科看護研修会	東京都
佐藤 洋子(機能訓練科) 他 2 名	H16. 9. 11～ H16. 9. 12	人間作業モデル講習会<理論と評価法編>	秋田県
佐藤 洋子 (機能訓練科)	H16. 10. 16～ H16. 10. 17	現職者研修会(精神障害)	北海道
佐藤 葉子(看護科) 他 2 名	H16. 11. 25	医療の安全対策研修会	秋田県
澤田 朱美(看護科) 他 1 名	H16. 11. 26	秋田県看護協会研修「看護研究の基礎と研究計画書作成」	秋田県
東海林 真理子(看護科) 他 1 名	H16. 10. 6～ H16. 10. 7	秋田県看護協会研修「主体的看護実践と記録の充実をめざして」	秋田県
進藤 千幸 (医事班)	H16. 7. 30	医療社会事業協会研修会	秋田県
鈴木 文子(看護科) 他 1 名	H16. 10. 14～ H16. 10. 15	平成 1 6 年度北海道・東北地区看護研究学会	山形県
鈴木 文子 (看護科)	H16. 11. 6	秋田県看護協会研修「好きな自分・嫌いな自分・本当の自分～自分の中に答えを見つける～」	秋田県
須藤 恵理子 (機能訓練科)	H16. 11. 11～ H16. 11. 12	第 4 3 回全国自治体病院学会	広島県
須藤 恵理子(機能訓練科) 他 5 名	H17. 3. 12～ H17. 3. 13	秋田県理学療法士会研修会	秋田県
高倉 普美子(看護科) 他 1 名	H16. 9. 7～ H16. 9. 8	秋田県看護協会研修「アサーティブコミュニケーション～より良い人間関係を築くために～」	秋田県
高橋 長太郎 (医事班)	H16. 5. 19	秋田県医療社会事業協会総会	秋田県

氏 名	研修日時	研修内容	開催地
高橋 長太郎 (医事班)	H16. 7. 29	思春期問題研修会	秋田県
高橋 長太郎 (医事班) 他 1 名	H16. 9. 22	病院施設合同研修会	秋田県
高橋 長太郎 (医事班)	H16. 11. 10	平成 1 6 年度全県精神保健福祉研修会	秋田県
高橋 長太郎 (医事班) 他 1 名	H16. 12. 3	医療社会事業協会研修会	秋田県
高見 美貴 (機能訓練科) 他 1 2 名	H16. 4. 24～ H16. 4. 25	第 1 3 回秋田県作業療法学会	秋田県
高見 美貴 (機能訓練科) 他 1 名	H16. 6. 10～ H16. 6. 11	平成 1 6 年度福祉用具・住宅改修研修会 (実技編フォローアップ)	秋田県
高見 美貴 (機能訓練科) 他 2 名	H16. 6. 24～ H16. 6. 27	第 3 8 回日本作業療法学会	長野県
高見 美貴 (機能訓練科) 他 1 0 名	H16. 7. 24～ H16. 7. 25	秋田県作業療法士会平成 1 6 年度老人部門研修会	秋田県
高見 美貴 (機能訓練科) 他 6 名	H16. 8. 28～ H16. 8. 29	第 4 回新臨床実習研究会	秋田県
高見 美貴 (機能訓練科) 他 6 名	H16. 10. 2～ H16. 10. 3	第 1 5 回東北作業療法学会	宮城県
武田 超 (機能訓練科) 他 1 名	H16. 9. 4～ H16. 9. 5、 H16. 9. 25	第 2 回理学療法臨床実習指導者研修	青森県
田中 綾子 (看護科) 他 1 名	H16. 9. 29	秋田県看護協会研修「最新の褥瘡ケア」	秋田県
田村 春夫 (総務管理班)	H16. 8. 3～ H16. 8. 4	平成 1 6 年度事務長研修会	東京都
照井 和子 (看護科) 他 1 名	H16. 12. 4	第 2 6 回秋田県リハビリテーション研究会	秋田県
傳農 直子 (看護科) 他 1 名	H17. 1. 13、 H17. 1. 14	新人看護職員研修教育担当者講習会	宮城県
豊島 真里子 (看護科) 他 1 名	H16. 11. 19	秋田県看護協会大曲仙北地区主催平成 1 6 年度看護研究発表会	秋田県
中野 明子 (機能訓練科)	H16. 6. 12～ H16. 6. 13	第 5 回言語聴覚士協会総会、日本言語聴覚学会	神奈川県

氏 名	研修日時	研修内容	開催地
中野 明子 (機能訓練科)	H16. 11. 25～ H16. 11. 26	第 2 8 回日本高次脳機能障害学会総会	千葉県
中野 明子 (機能訓練科) 他 2 名	H17. 1. 22～ H17. 1. 23	秋田県作業療法士会・秋田県言語聴覚士協会 合同研修会	秋田県
中野 明子 (機能訓練科) 他 1 名	H17. 1. 29	第 1 6 回東北神経心理懇話会	宮城県
中野 博明 (機能訓練科) 他 1 0 名	H16. 5. 15～ H16. 5. 16	秋田県理学療法士会研修会	秋田県
中野 博明 (機能訓練科) 他 1 0 名	H16. 11. 20～ H16. 11. 21	第 2 2 回東北理学療法士学会	秋田県
中村 淳子 (臨床検査科)	H17. 1. 8～ H17. 1. 9	平成 1 6 年度生理機能検査部門研修会	宮城県
成田 剛 (看護科)	H16. 10. 29～ H16. 10. 30	日本精神科看護技術協会秋田県支部主催・精神科看護管理研修会	秋田県
羽上 栄一 (放射線科)	H16. 7. 11	臨床実習指導者更新試験	秋田県
羽上 栄一 (放射線科) 他 3 名	H16. 8. 27	秋田県メイヨークリニック国際医療シンポジウム	秋田県
羽上 栄一 (放射線科)	H16. 11. 20～ H16. 11. 21	日本放射線技師会アドバンスセミナー医療学	秋田県
羽上 栄一 (放射線科)	H16. 10. 16～ H16. 10. 17	日本放射線技師会アドバンスセミナー看護学	秋田県
羽上 栄一 (放射線科)	H17. 3. 27	医用画像情報管理士認定試験	秋田県
長谷川 あつ子 (看護科) 他 1 名	H16. 6. 12	秋田県看護協会研修「リスクマネジメントの基本と今後の課題」	秋田県
長谷川 あつ子 (看護科)	H16. 10. 19～ H16. 10. 22	平成 1 6 年度リハビリテーション看護研修会	埼玉県
畠山 直子 (看護科) 他 3 名	H16. 11. 5	平成 1 6 年度秋田県病院協会看護管理研究部会研修会	秋田県
日沼 純子 (看護科) 他 1 名	H16. 10. 20～ H16. 10. 21	秋田県看護協会研修「中堅ナースのリーダーシップと対人関係スキル」	秋田県
平塚 美穂 (看護科)	H16. 11. 18	秋田県看護協会研修「薬剤の知識と誤薬防止、患者さんとのコミュニケーションをもう一度考えよう」	秋田県
深井 美由紀 (看護科) 他 1 名	H16. 10. 28	秋田県看護協会研修「看護研究プロセスにおける倫理の重要性」	秋田県

氏 名	研修日時	研修内容	開催地
福岡 幸記 (看護科)	H16. 7. 26～ H16. 7. 28、 H16. 9. 30～ H16. 10. 1、 H16. 12. 3	平成 1 6 年度看護管理者研修	秋田県
福岡 幸記 (看護科)	H16. 6. 25	平成 1 6 年度全国自治体病院協議会看護部長部会総会及び研修会	東京都
堀川 学(機能訓練科) 他 1 名	H17. 3. 19～ H17. 3. 20	平成 1 6 年度日本ボバース研究会東北ブロック研修会 i n 青森	青森県
本多 陽子(看護科) 他 1 名	H16. 8. 24～ H16. 8. 25	秋田県看護協会研修「看護技術に活かすサイエンス～力学・圧力・熱エネルギー～」	秋田県
松橋 京子(看護科) 他 1 名	H16. 10. 21～ H16. 10. 22	日本精神科看護技術協会東北協議会主催・第 1 0 回東北精神科看護学会	青森県
森川 真理子 (機能訓練科)	H16. 5. 17～ H16. 5. 21	平成 1 6 年度リハビリテーション心理職研修会(基礎)	埼玉県
森川 真理子 (機能訓練科)	H17. 2. 18～ H17. 2. 19	第 1 1 回 S S T 経験交流ワークショップ i n 大阪	大阪府
森川 陽子(看護科) 他 1 名	H17. 2. 21	神経難病患者地域支援ネットワーク研修会	秋田県
安田 茂子(看護科) 他 1 名	H16. 7. 24	秋田県看護協会研修「危機管理のシステムづくり」	秋田県
安田 茂子 (看護科)	H16. 11. 15～ H16. 11. 16	全国自治体病院協議会主催「リスクマネージャー養成研修会」＜東北ブロック＞	岩手県
柳谷 由己 (薬剤科)	H16. 10. 31	正しい薬物療法のために「病態生理と薬効薬理から処方せんを見る」研修会～感染症～	宮城県
柳谷 由己 (薬剤科)	H16. 11. 13	第 1 回癌薬物療法研修会	秋田県
山中 一紀(看護科) 他 2 名	H16. 5. 26～ H16. 5. 28	日本精神科看護技術協会主催・精神科看護学会第 2 9 回秋田大会	秋田県
渡部 香織 (看護科)	H16. 5. 29	集団精神療法入門 I	秋田県
渡部 香織 (看護科)	H16. 9. 23～ H16. 9. 25	日本デイケア学会第 9 回年次大会	東京都

(5) 実習生受入状況

受 入 先	科 目 ・ 内 容	実 習 期 間	受入人員
衛生看護学院	看護科 3 年課程 3 学年	16. 4. 12～16. 11. 25	43
晴陵リハビリテーション学院	作業療法学科 3 学年臨床実習Ⅱ	16. 8. 23～16. 10. 15	1
東北文化学園大学	作業療法学科 4 年次臨床実習Ⅳ	16. 4. 19～16. 5. 28	2
東北文化学園大学	作業療法学科 4 年次臨床実習	16. 10. 25～16. 12. 10	1
青森県立保健大学健康科学部	理学療法学科 4 年生総合臨床実習	16. 4. 5～16. 5. 22	1
青森県立保健大学健康科学部	理学療法学科 4 年生総合臨床実習	16. 5. 31～16. 7. 10	1
仙台医療技術専門学校	理学療法学科臨床実習Ⅱ	16. 4. 19～16. 6. 11	1
仙台医療技術専門学校	理学療法学科臨床実習Ⅲ	16. 8. 23～16. 10. 15	1
日本福祉リハビリテーション学院	作業療法士学科 4 年生臨床実習	16. 5. 10～16. 7. 2	1
日本福祉リハビリテーション学院	作業療法士学科 4 年生臨床実習	16. 9. 6～16. 10. 29	1
国際医療福祉大学保健学部	言語聴覚学科 4 年生言語聴覚障害領域臨床実習	16. 5. 10～16. 6. 19	1
秋田大学医療技術短期大学部	作業療法学科 3 年次臨床実習(身障分野Ⅰ期)	16. 5. 31～16. 7. 10	1
秋田大学医療技術短期大学部	作業療法学科 3 年次臨床実習(精神分野Ⅰ期)	16. 5. 31～16. 7. 10	1
秋田大学医療技術短期大学部	作業療法学科 3 年次臨床実習(身障分野Ⅱ期)	16. 8. 30～16. 10. 9	1
秋田大学医療技術短期大学部	作業療法学科 3 年次臨床実習(精神分野Ⅲ期)	16. 10. 18～16. 11. 27	1
秋田大学医療技術短期大学部	理学療法学科 3 年次臨床実習(Ⅰ期)	16. 5. 31～16. 7. 31	2
秋田大学医療技術短期大学部	理学療法学科 3 年次臨床実習(Ⅱ期)	16. 8. 23～16. 10. 23	2
東北文化学園大学	リハビリテーション学科作業療法学専攻臨床実習	16. 4. 19～16. 5. 28	2
秋田大学医療技術短期大学部	作業療法学科 3 年次臨床実習 作業治療学実習Ⅱ	16. 5. 10～16. 5. 22	2
秋田大学医学部	6 年生臨床実習	16. 4. 12～16. 4. 15	2
秋田大学医学部	6 年生臨床実習	16. 5. 31～16. 6. 3	1

受 入 先	科 目 ・ 内 容	実 習 期 間	受入人員
晴陵リハビリテーション学院	臨床実習Ⅰ（２学年・作業）	17. 2. 14～17. 3. 4	1
COLLEGE OF NotreDame of Maryland	心理判定臨床実習	16. 7. 16 1 日	1
仙台医療福祉専門学校	言語聴覚学科臨床実習（１年生・第１段階）	17. 2. 7～17. 3. 4	2
仙台医療技術専門学校	夏休み期間中の自主見学実習（作業療法）	16. 7. 30 1 日	3
サンパウロ日伯援護協会や すらぎホーム	（財）国際医療技術交流財団海外からの研修員研修	16. 10. 18～16. 11. 11	1
竹田総合病院リハビリテーション科	福島県保健福祉部新生児聴覚検査事業先進地派遣 研修・同病院言語聴覚士	16. 8. 31 1 日	1
東北文化学園大学医療福祉学部	作業療法学専攻１年次学生自主見学実習	16. 8. 10 1 日	2
法務省秋田保護観察所	法務事務官の社会復帰調整官候補者の実務研修	16. 9. 10 1 日	1
秋田大学教育文化学部	地域科学課程・政策科学選修学生インターシップ 見学実習	16. 8. 23 1 日	1
秋田市医師会立秋田高等看護学院	１学年視察実習	16. 10. 29 1 日	33
帝京平成大学健康メディカル学部	言語聴覚学科２年生臨床実習Ⅰ	17. 2. 28～17. 3. 20	1
青森県立保健大学健康科学部	理学療法学科３年生総合臨床実習	17. 1. 11～17. 2. 19	1
仙台医療技術専門学校	理学療法学科２年生 見学実習	17. 3. 24 1 日	1
計			118

(6) 行政機関等への協力状況

氏 名	科 名	協 力 内 容	協力機関名
千田 富義	リハビリテーション科	秋田県障害者ケアマネジメント推進協議会委員	健康福祉部障害福祉課
		精神科救急医療システム連絡調整委員会委員	健康福祉部障害福祉課
飯島 壽佐美	精神科	メンタルヘルス支援調整会議構成員	職員安全衛生管理者
		秋田県精神医療審査会委員	健康福祉部障害福祉課
小畑 信彦	精神科	メンタルヘルス対策検討会委員	総務部人事課
		「健康なんでも相談事業」相談員	総務部人事課
高橋 栄治	放射線科	メンタルヘルス支援調整会議構成員	職員安全衛生管理者
下村 辰雄	リハビリテーション科	認知症性高齢者グループホーム外部評価機関立ち上げ支援委員会委員	健康福祉部長寿社会課
中澤 操	リハビリテーション科	嘱託医	オリブ園
		学校医	秋田県立勝平養護学校
		学校医	秋田県立栗田養護学校
		学校評議員、学校協力員	秋田県立聾学校
高橋 長太郎	医事班	大曲保健所精神障害者社会適応訓練事業運営協議会委員	大曲保健所
精神科医 4 名 (飯島、小畑、高祐、室岡)		支援医 (毎月 1 回)	秋田県千秋学園

(7) 職員研修会

教育研修委員会では、事務職員も含む病院全職員を対象に、診療に関する知識、技術、倫理等の向上を目指して、別記のような内容で院内研修会を開いている。業務時間外の自主参加の形であるが、毎回、100名前後の参加者が集まっている。職員からの研修への評価も概ね好評であり、今後、更に充実した内容の会となるよう、平成17年度も年に4回以上を目標に開催の準備を進めている。

実施内容

月 日	院内研修の内容	講 師	参加人数
4月 6日	当センターの運営方針と現状について	千 田 所 長 (方針) 伊藤事務部長 (現状)	103名
6月 1日	最近の院内感染管理について	秋田赤十字病院 第二内科部長 三浦 一樹 先生	126名
6月22日 6月29日	最近のリスクマネジメント 部会活動報告	医師 中澤 操	141名
10月26日	救急業務について ～ 病院と住民に望むこと	秋田市消防本部 越後屋 光晴 氏	94名
12月14日	いまどきの生活習慣病について	医師 横山 絵里子	95名
1月25日	新潟県中越地震「こころのケアチーム」派遣に係る報告会	「こころのケアチーム」 第1班～第6班代表者	94名

IV 業 績

1. 平成16年度学会発表

(1) リハビリテーション科

認知リハビリの機能的帰結

千田富義

第9回認知神経科学学会

2004年7月10日（東京都）

脳卒中半側空間無視患者へのリハ効果

千田富義、進藤潤也、吉田悟巳、須藤恵理子

第43回全国自治体病院学会

2004年11月11日（広島市）

東北地区におけるスモン患者の検診（平成16年度）－特に介護に関する調査結果について

野村 宏、西郡光昭、高田博仁、**千田富義**、阿部憲男、大井清文、片桐 忠、山本悌司

厚生労働科学研究費補助金（特定疾患克服研究事業）スモンに関する調査研究班平成16年度研究報告会

2005年2月4日（東京都）

スモン患者における生活満足度と身体活動状況、介護状況との関連

野村 宏、高田博仁、阿部憲男、大井清文、**千田富義**、片桐 忠、山本悌司、西郡光昭

厚生労働科学研究費補助金（特定疾患克服研究事業）スモンに関する調査研究班平成16年度研究報告会

2005年2月4日（東京都）

一側足指の不随意運動で発症した皮質基底核変性症の1症例

下村辰雄、横山絵里子、佐山一郎、千田富義、石川博康

第75回日本神経学会東北地方会

2004年9月11日（山形市）

中途失明したアルツハイマー型老年痴呆

下村辰雄、横山絵里子、佐山一郎、千田富義

第15回日本リハビリテーション医学会東北地方会

2004年10月23日（弘前市）

痴呆のリハビリテーション

下村辰雄

第10回東北老年医療シンポジウム

2004 年 9 月 18 日（仙台市）

皮質基底核変性症の認知障害

下村辰雄

第 9 回認知神経科学会

2004 年 7 月 10 日（東京都）

進行性核上性麻痺の 3D-SSP 画像

下村辰雄

第 7 回秋田核医学談話会

2004 年 10 月 2 日（秋田市）

石灰沈着を伴うびまん性神経原線維変化病が臨床的に疑われた 2 症例

下村辰雄、石川博康

第 9 回日本神経精神医学会

2004 年 11 月 11 日（神戸市）

石灰沈着を伴うびまん性神経原線維変化病が臨床的に疑われた 2 症例

下村辰雄、石川博康

第 22 回秋田県脳神経研究会

2005 年 2 月 12 日（秋田市）

石灰沈着を伴うびまん性神経原線維変化病が臨床的に疑われた 1 症例

下村辰雄、石川博康

第 76 回日本神経学会東北地方会

2005 年 3 月 19 日（仙台市）

当センターにおけるリスクマネジメントの取り組み

中澤 操

第 42 回全国自治体病院協議会精神科特別部会総会、看護部長総会及び院長・医長、看護部長・看護管理者 合同研修会 合同シンポジウム I、精神科医療における安全管理

2004 年 8 月 25 日（秋田市）

老年医療とリハビリテーション—嚥下障害

中澤 操

第 10 回東北老年医療シンポジウム

2004 年 9 月 18 日（仙台市）

秋田県新生児聴覚検査事業 3 年間のまとめと今後の課題

中澤 操、高橋 辰、大高詳一郎、佐藤輝幸、石川和夫

第112回日耳鼻秋田県地方部会

2004年12月5日（秋田市）

Neonatal Hearing Screening in Akita

Yin Min、**Misao Nakazawa**、Kazuo Ishikawa

Hearing International in Indonesia、

2004年12月12日（Padam、Indonesia）

秋田県新生児聴覚スクリーニング3年間のまとめと今後の課題

中澤 操

第38回秋田県小児神経・発達研究会

2005年2月12日（秋田市）

SPECT 3D-SSP 解析を用いた失語症状の回復の検討

横山絵里子、長田 乾、**下村辰雄**、**千田富義**

第45回日本神経学会総会

2004年5月11-14日（東京都）

3D-SSP を用いた慢性期脳卒中の片麻痺の回復過程の検討

横山絵里子、**千田富義**、**中澤 操**、**下村辰雄**、**佐山一郎**

第41回日本リハビリテーション医学会学術集会

2004年6月3-5日（東京都）

シンポジウム 薬物の脳波への影響

慢性中枢性疼痛に対するケタミン療法の脳波変化

横山絵里子

第34回日本臨床神経生理学会

2004年11月17-19日（東京都）

（2）精神科

薬性萎縮を欠く前頭側頭型痴呆の2症例

石川博康、**下村辰雄**

日本神経学会東北地方会

2004年9月11日（山形市）

幻視・妄想を伴う皮質基底核変症の2症例

石川博康、**下村辰雄**

日本神経精神医学会

2004 年 11 月 11 日（神戸市）

亜急性の痴呆で発症した一酸化炭素中毒の 1 例

石川博康、下村辰雄

日本神経学会東北地方会

2005 年 3 月 19 日（仙台市）

Olanzapine に置換したことにより自傷行為が消失した思春期統合失調症の 1 症例

成見 綾、高橋一志、樋口 久、清水徹男

第 14 回日本臨床精神薬理学会

2004 年 9 月 29 日（神戸市）

（3）機能訓練科

語性錯語が有意な Wernicke 失語とその改善に関する一考察

中野明子、横山絵里子、下村辰雄、佐山一郎

第 28 回日本高次機能障害学会

2004 年 11 月 25-26 日（浦安市）

Balint 症状群と統覚型視覚失認により呼称ができなかった 1 例

大塚幸子、中野明子、中澤 操、横山絵里子、佐山一郎

第 16 回東北神経心理懇話会

2005 年 1 月 29 日（仙台市）

Ataxie optique が残存した 1 例の報告

中野明子、大塚幸子、今野 梓、中澤 操、横山絵里子、下村辰雄、佐山一郎

第 16 回東北神経心理懇話会

2005 年 1 月 29 日（仙台市）

慢性期脳卒中患者に対する外来リハ

須藤恵理子、高見美貴、千田富義

第 43 回全国自治体病院学会

2004 年 11 月 11-12 日（広島市）

歩行能力別にみた脊髄小脳変性症患者のリハビリテーション効果

大阪真利子、岩澤里美、須藤恵理子

第 22 回東北理学療法士学会

2004 年 11 月 20-21 日（秋田市）

脳卒中片麻痺患者の麻痺側膝筋力の出力特性

岩澤里美、大阪真利子、須藤恵理子、高見彰淑

第22回東北理学療法士学会

2004年11月20-21日（秋田市）

頸部振戦に対する頸椎カラーの効果

谷藤慶幸、須藤恵理子、千田富義

第26回秋田県リハビリテーション研究会

2004年12月4日（秋田市）

慢性脳卒中患者の冬期間歩行速度の推移

堀川 学、須藤恵理子、中野博明、松嶋明子、大阪真利子、千田富義

第26回秋田県リハビリテーション研究会

2004年12月4日（秋田市）

当センターにおける統合失調症者に対する亜急性期からの作業療法

今井 龍、高見美貴、佐藤洋子、加藤淳一、飯島壽佐美

第13回秋田県作業療法学会

2004年4月24-25日（西仙北町）

運動失調を呈する上肢の箸操作能力に関する検討

高見美貴、川野辺 穰、千田富義

第38回日本作業療法学会

2004年6月24-27日（長野市）

運動失調の脳卒中上肢機能検査の通過率について

川野辺 穰、高見美貴、千田富義

第38回日本作業療法学会

2004年6月24-27日（長野市）

左半側空間無視の予後予測について～BITを用いての検討～

進藤潤也、高見美貴、千田富義

第38回日本作業療法学会

2004年6月24-27日（長野市）

対人交流で変化が見られた思春期の一症例

佐藤洋子、高見美貴、今井 龍、高橋祐二

第15回東北作業療法学会

2004 年 10 月 2－3 日（仙台市）

重度四肢麻痺症例のコミュニケーション確立に向けての作業療法～回復期から長期に関わることができた一症例～

小野かおり、高見美貴、川野辺 穂、千田富義

第 15 回東北作業療学会

2004 年 10 月 2－3 日（仙台市）

左半側無視の ADL への影響

進藤潤也、高見美貴、千田富義

第 26 回秋田県リハビリテーション研究会

2004 年 12 月 4 日（秋田市）

大脳皮質基底核変性症が疑われた一例の運動機能・ADL の経時的な変化と入院リハビリテーションについての検討

高見美貴、横山絵里子

第 37 回日本作業療学会

2003 年 6 月 25－28 日（北九州市）

障害者の自動車運転適性～運転に問題ありと判断した対象者の特性～

川野辺穂、高見美貴、千田富義

第 37 回日本作業療学会

2003 年 6 月 25－28 日（北九州市）

（４）看護科

統合失調症患者の隔離室在室日数の短縮—簡易精神症状評価尺度を用いて—

山中一紀、伊藤美佐子、金 裕美、福岡幸記

第 29 回日本精神科看護技術協会全国学会

2004 年 5 月 27 日（秋田市）

精神科ディケアにおける SST の効果

松橋京子、高橋聡子、柏谷美紀、加藤淳一

日本精神科看護技術協会第 10 回東北精神看護学会

2004 年 10 月 22 日（青森市）

看護師の意識変化に働きかけた拘束廃止への取り組み

吉田明子、越川美紀、伊藤智幸、牧野みゆき

秋田県看護協会第 31 回秋田県看護学会

2004 年 12 月 3 日（秋田市）

閉鎖病棟中庭を活用した効果

藤井義人、藤原真人、倉 直子、秋林直美

日本精神科看護技術協会秋田県支部第 6 回看護研究発表会

2004 年 7 月 30 日（協和町）

コミュニケーション手段に看護計画書を活用して

吉田美穂、佐々木亨、佐藤明巳

秋田県看護協会大曲仙北地区看護研究発表会

2004 年 11 月 19 日（大曲市）

転倒・骨折のハイリスク状態にある重度痴呆患者の抑制解除に向けた取り組み

豊嶋真里子、青木由美子

秋田県看護協会大曲仙北地区看護研究発表会

2004 年 11 月 19 日（大曲市）

重度脳幹梗塞患者の生活再構築に向けた看護の関わり—患者目標に合わせた段階的アプローチ—

金澤明子、照井和子、加賀谷志穂子、佐々木典子

秋田県リハビリテーション研究会

2004 年 12 月 4 日（秋田市）

「外泊表の改善による外泊指導の効果」

白澤富士子、佐藤睦子、小笠原昭子、豊嶋真里子、安田茂子

第 4 2 回全国自治体病院学会

2003 年 10 月 10 日（盛岡市）

「初回発症脳卒中患者の障害の経過」

—クリニカルパスの検討のために—

佐藤千春、松渕尚子、丸井さおり、佐々木典子

第 4 2 回全国自治体病院学会

2003 年 10 月 9 日（盛岡市）

「精神科病棟における食事の環境調整による対人交流の変化」

高橋照美、永瀬文香、庄司久美子、藤田繁美、安田茂子

（社）日本精神科看護技術協会全国大会第 2 8 回沖縄大会

2003 年 5 月 30 日（沖縄県）

「維持期リハビリ病棟における転倒・転落防止にむけて」

沢田石由香、佐々木純子

平成15年度秋田県看護協会大曲仙北地区看護研究発表会
2003年11月21日（大曲市）

「注意機能評価尺度を用いた歩行自立の検討」

堀川美貴子、軽部奈弥子、金澤明子、佐々木典子

日本リハビリ看護研究会
2003年10月25日（青森県）

「看護ケアと対応についての入院患者の評価」

菊地美保子、鈴木陽子、阿部寛美、鎌田妙子、高橋洋子

第25回秋田県リハビリテーション研究会
2003年3月27日（秋田市）

「クリティカルパスに独自の簡易精神症状尺度を導入しての効果」

山中一紀、伊藤美佐子、小塚浩、福岡幸記

（社）日本精神科看護技術協会秋田県支部看護研究発表会
2003年7月25日（協和町）

2. 平成16年度印刷発表

(1) リハビリテーション科

千田 富義：進行性神経筋疾患の運動療法.

EBM ジャーナル、5：442－446、2004.

要 旨：筋萎縮性側索硬化症では、運動療法の適応は主として痙縮の抑制、心肺フィットネスの向上を目的として、軽・中程度の運動を用いて発症早期に行うこととなる。強い運動強度の訓練の適否、筋力増強効果についてはまだ議論が残っている。デュシェンヌ型筋ジストロフィーでは、運動療法は四肢体幹筋の筋力増強、呼吸の持久性の向上を目的として、低強度から中程度強度で行うこととなる。ただし、呼吸持久性向上の訓練は低換気状態の患者では効果が認められない可能性が高い。筋強直性ジストロフィーでは、高抵抗筋力増強訓練がしばしば使われ、有害作用は生じないことが指摘されているが、筋力増強の効果についてはまだ議論がある。ミトコンドリアミオパチーに対する運動療法の適応は、呼吸循環フィットネスの向上を目指して低強度の有酸素運動を病初期から行うこととなる。

千田 富義：リハビリテーション医学における帰結研究.

総合リハ、32：397－401、2004.

要 旨：リハビリテーション医学の領域でも帰結の研究が強調されている。増大する医療費の財政圧迫を背景に、医療の費用対効果、治療効果の説明責任などを求める社会的要求が1つの契機である。帰結は予知因子との関連で用いられる。訓練などの治療的介入と言う予知因子に対するADL改善度などが帰結である。帰結についての分析的研究には、実験的研究、コホート研究、ケースコントロール研究、横断的研究などがある。リハビリテーション医学でとくに関心ある帰結は機能障害、能力低下、社会的不利の変化である。これらがリハビリテーション介入や障害悪化の危険因子などの予知因子でどのような変化を生じるかが主要な研究的問題となる。リハビリテーション医学の臨床場面では、構造評価、過程評価、帰結評価が重要となる。リハビリテーション医学で用いられるプログラムがリハビリテーションの効果を評価するために検討される。帰結に基づいた構造、過程、帰結の側面からのプログラム評価がリハビリテーション医学の質を高めることとなる。

千田 富義、須藤恵理子：慢性脳卒中患者への入院リハ効果.

全自病協誌、43：987－989、2004.

要 旨：今回の結果では、廃用性機能低下を示した慢性脳卒中患者への集中的リハビリテーション治療は運動能力、日常生活活動の改善に効果があることが明らかとなった。機能改善に関連する因子は在宅生活における機能低下度と再入院時測定値であった。前回退院時からの機能低下度が大きいほど、入院での集中的リハビリテーションによる機能改善は大きくなった。在宅生活で生じた廃用性機能低下と訓練効果が関連すると言うことは再入院のリハビリテーション効果が在宅生活における運動不足で生じた廃用性機能低下に対する効果であることが推測される。再入院時の体幹下肢運動年齢と10m最大歩行速度の測定値が低値であるほど改善が少なく、バーセル

インデックスが低値であるほど改善が大きいという結果となった。体幹下肢運動年齢と10m最大歩行速度で見られたように、リハビリテーション治療前の測定値が良好なほど訓練効果が大きいという報告は散見される。バーセルインデックスの場合、治療前測定値が小さいほど改善が見られると言う逆の結果であった。これは機能的状態が不良の時は主として食事、整容、更衣など上肢に関わる日常生活活動で得点を上げること、機能的状態が良好なときには天井効果で改善度が小さく見えること、などによると考えられる。

千田 富義：機能障害の診断．運動障害－運動失調、痙縮．

木村彰男（編）：脳神経外科学大系 14 リハビリテーション・介護、pp41－51、中山書店、2004.

要 旨：運動失調は大きく協調運動障害、平衡障害の2つに分けられる。協調運動障害は四肢の運動の拙劣さであり、平衡障害は立位、歩行時の前後左右への揺れである。運動失調は運動軌跡の異常と筋活動の異常という2つの側面からとらえられる。協調運動障害を単純運動、複合運動の2つに分けて分析する。単純運動は1関節だけで行う運動であり、測定過大、終末時振戦などの異常が見られる。複合運動は2関節以上で行う運動で、一方向性の運動では運動の分解、方向変換を伴う運動では反復拮抗運動不能が見られる。平衡障害を見る場合には、(i)姿勢保持、(ii)バランス反応、(iii)移動、に分けてみる。筋活動の異常には、等尺性収縮および主動筋・拮抗筋の同時収縮の低下と筋不均衡などがある。痙縮は腱反射亢進を伴う速度依存性の筋緊張亢進を特徴とする運動障害を指す。上位運動ニューロン症候群で生じる伸張反射の興奮性増大の結果である。他動的筋伸展で特徴ある筋緊張亢進が出現する。

千田 富義：慢性脳卒中のリハビリテーション．

カレントセラピー、22：1083－1087、2004.

要 旨：これまで、慢性期脳卒中患者へのリハは十分な効果が期待されないとする報告も多かった。しかし、自験例の検討では、慢性期脳卒中患者に対する再入院リハは、急性期リハより効果は大きくないが有効であった。とくに、機能向上の可能性が高い状態は、①退院後の在宅生活で機能低下があること、②再入院時の機能的状態が最重度でないこと、③機能低下が生じてから1年以内であること、などであった。つまり、急性期リハ後に機能低下が全くなかった患者、急性期リハ終了時点で全介助レベルの患者では機能向上が難しいと考えられる。慢性期脳卒中患者の在宅管理や再入院の適応を検討する上での重要な資料と考える。しかし、慢性期脳卒中患者の再入院は機能向上が唯一の目的ではないので、再入院の適応は個々の症例で総合的に決定しなければならない。

千田 富義：固有受容性神経筋促通法（PNF）．

臨床リハ、13：1135－1137、2004.

要 旨：固有受容性神経筋促通法（PNF）はKabatによって体系化された促通手技である。それまでの運動麻痺治療に関する受動運動・介助運動重視を批判し、患者の最大努力による随意運動の効果を強調している。さらに、いくつかの中枢刺激で随意運動の促通効果があることを指摘している。この手技は基本的には運動麻痺に対する訓練であるが、運動失調、パーキンソン症状への効果も認められている。PNFの機序は、最大抵抗下での随意運動やその他の中枢刺激が種々の神

経路を経て前角細胞に影響して、運動単位の興奮と参加を増大させることにある。PNF の機序・効果についての検証は全体としては不十分な点もある。しかし、運動失調への治療効果については様々な面から検討がなされている。

千田 富義：神経学的所見の捉え方のポイント、運動失調。

大橋正洋、木村彰男、蜂須賀研二編、リハビリテーションMOOK NO.10 神経疾患とリハビリテーション、pp8-12、金原出版、2005。

要 旨：運動失調は協調運動障害と平衡障害に分けられ、協調運動障害は四肢運動に見られる異常であり、平衡障害は姿勢時に見られる前後左右への揺れである。協調運動障害は単純運動、一方向性の複合運動、方向変換性の複合運動で検討され、単純運動では測定異常、運動時振戦、一方向性の複合運動では動作の分解、方向変換性の複合運動では反復拮抗運動不能が見られる。平衡障害は立位その他の姿勢時、歩行などの移動時、バランス反応時の異常として観察される。運動失調は軽微な麻痺、痙縮、パーキンソン様振戦などと鑑別を要することがある。姿勢保持困難や運動時振戦の特徴などから鑑別する。運動失調は小脳性、感覚性、前庭性に分けられ、開・閉眼での増悪の有無、前後左右への揺れか、偏奇かなどを参考にして鑑別する。運動失調性疾患の診断は、運動失調の分類から病変部位を検討し、さらに随伴症状の分析、疾患の特性や経過を考慮してなされ、最終的には画像診断などで確定診断へたどりつく。

千田 富義：帰結と予後。

総合リハ、33：89、2005。

要 旨：帰結は先行する、あるいは併存する予知因子によって影響された結果である。これには主観的帰結と客観的帰結、疾病帰結と機能的帰結などがある。予後はある疾患の経過および結末を予測すること、あるいは知ることである。結末を問題にする点で帰結と予後は類似するが、予後は予測に力点があること、経過を含む概念であることが帰結とは異なる。予後にも疾病予後と機能的予後がある。リハビリテーション医学では機能的帰結、機能的予後が関心事となる。

野村 宏、西郡光昭、高田博仁、**千田富義**、阿部憲男、大井清文、片桐 忠、山本悌司：東北地区におけるスモン患者の検診（平成16年度）－特に介護に関する調査結果について。

厚生労働科学研究費補助金（特定疾患克服研究事業）スモンに関する調査研究班平成16年度総括・分担研究報告書、2005、pp26-29。

要 旨：平成16年度の東北6県におけるスモン検診の受診者は男性21名、女性62名で、総数83名であった。年齢は52歳から89歳で、平均73.1歳であった。頻度の多い合併症は白内障、高血圧、四肢関節疾患、心疾患、消化器疾患、脊椎疾患であった。日常生活で何らかの介護・介助を必要とする要介護患者は45名（54.2%）であった。うち27名（72.4%）が介護サービスを利用していた。さらに将来の介護については66名（79.5%）が不安を抱いていた。

野村 宏、高田博仁、阿部憲男、大井清文、**千田 富義**、片桐 忠、山本悌司、西郡光昭：スモン患者における生活満足度と身体活動状況、介護状況との関連。

厚生労働科学研究費補助金（特定疾患克服研究事業）スモンに関する調査研究班平成16年度総

括・分担研究報告書、2005、pp150－153.

要 旨：東北6県の検診受診者83名を対象に生活満足度と日常生活の諸動作との関連について検討した。生活満足度については多い順に「どちらかという満足」が33%、「何とも言えない」が28%、「満足している」が19%、「どちらかという不満」が16%、「全く不満」3.7%であった。生活満足度と他の項目との関連を見ると、(1) Barthel Index との関連では男女とも相関が認められず、(2) 老研式活動能力指標との関連では、男性のみ有意な関連を認められた。また、(3) 一日の生活との間に相関を認めず、(4) 配偶者の有無との間にも相関は認められなかった。(5) 検診受診者全体では Barthel Index と老研式活動能力指標との間には相関は見られなかったが、女性では老研式活動能力指標との間に有意の相関が認められた。

佐山一郎：脳卒中片麻痺の脳機能画像検査。

総合リハ、32：619－627、2004.

要 旨：近年のブレイン・イメージング技術を利用した脳機能画像検査について概観し、その脳卒中片麻痺評価への応用について述べた。特に機能的 MRI による機能賦活測定の結果から、脳卒中後の片麻痺回復過程で認める継時的所見の変化からその回復機構について最近の見解をまとめた。また、身近に可能な検査として、自験例での脳卒中片麻痺患者の SPECT 検査と麻痺上肢の運動負荷測定を試みについても供覧した。

佐山一郎：視覚性運動失調・バリエーション症候群の評価。

神経心理学評価ハンドブック（田川浩一編）、西村書店、pp245－248、2004.

要 旨：脳の器質性障害に伴う、視覚性運動失調・バリエーション症候群について、その概要と考え方、診断・評価法について詳説した。

下村辰雄：高次行為障害の評価。

神経心理学評価ハンドブック（田川浩一編）、西村書店、pp206－214、2004.

要 旨：高次行為障害は失行や〇〇失行という呼び方が慣習的に行われている症候である着衣失行、開眼失行、閉眼失行、歩行失行、構成失行（構成障害）などの他、運動の開始と維持の障害、左右手の解離性運動抑制障害や刺激に対する行為・行動の制御異常と捉えることのできるもので多岐にわたっている。これらの失行やその他の高次行為障害について概説した。

下村辰雄：脳血管障害。

高次脳機能障害のリハビリテーション Ver. 2 医歯薬出版、95－101、2004.

要 旨：高次脳機能障害を血管支配の観点から概説した。

下村辰雄：皮質基底核変性症の認知障害

認知神経科学 6：64、2004.

要 旨：皮質基底核変性症の認知障害について概略した。

下村辰雄：軽度認知障害の 3D-SSP 画像による検討

秋田核医学談話会 6:13-15、2004.

要 旨: PET や SPECT などの機能画像診断法を用いた研究において、軽度認知障害 (mild cognitive impairment) を示す段階で、後にアルツハイマー型痴呆に進展した例では既に後部帯状回や頭頂側頭連合野の血流やブドウ糖代謝の低下が観察されると報告されている。今回、MCI、possible AD、possible AD から probable AD に至った各々 2 例の 3D-SSP 画像を提示するとともに、塩酸ドネペジルの効果判定に 3D-SSP 画像が有効であったので報告した。

下村辰雄: グループホームに対しての要望.

秋田県痴呆性高齢者グループホーム協議会会報 1: 3、2004.

要 旨: グループホームのケアの今後の課題について述べた。

下村辰雄: 相貌失認.

CLINICAL NEUROSCIENCE 22:1434-1436、2004.

要 旨: 相貌失認や相貌の視覚認知過程について概略した。

下村辰雄: 皮質基底核変性症の認知障害.

認知神経科学会 6:86-91、2004.

要 旨: 1968年に Rebeiz らは、一側上肢の随意運動拙劣、不随意運動、姿勢異常、眼球運動障害が緩徐に進行した症例を報告し、1989年に Gibb らが皮質基底核変性症 (CBD) という名称を提唱した。本症では運動障害、皮質性感覚障害、多彩な大脳高次機能障害を呈し、病初期には症状に左右差がみられ、中心前後回を含む前頭葉および頭頂葉に左右差をもった限局性の萎縮を認めるのが特徴である。しかし、最近、非典型的な CBD が少なからず存在することが明らかになっている。今回、Lang らの診断基準に基づき probable CBD と診断した典型的な症例の臨床症状の検討をするとともに、臨床的に probable CBD と probable AD と診断した症例の認知機能障害について比較検討を行った。さらに、CBD の非典型的症例を提示し、CBD の非典型症例の位置づけについて概略した。

中澤 操: 聴覚障碍児 (者) の QOL 向上のために秋田県で取り組んできたことー新生児から大人まで、関連職種の連携などー.

三重医報 2004 年 10 月号 第 527 号 11-15

要 旨: 行政主導で準備開始できた秋田県の新生児聴覚スクリーニングシステムを解説しつつ、聴覚障碍に対する健診の在り方や関連職種の連携の実際を紹介した。実際の講演に基づき演者が要旨を要約執筆したもの。

中澤 操: 聴覚障碍児の学校生活における環境整備について取り組んできたこと

東北医師会学校保健 第 58 回東北医師会連合会総会並びに学術大会学校保健分科会 大会記録 23-25 2004 年

要 旨: 学校生活のなかで聴覚障碍児に対して必要な配慮はまだ広くは知られていない。秋田県では学会、行政、医師会の連携のもと、必要な配慮や知識を網羅した冊子を作成配布し、啓発に

努めてきた。それは地域の学校に所属する聴覚障害児の社会的不利の軽減に役立っていると考えられる。これらについて要点を紹介した。

中澤 操：新生児聴覚スクリーニングについて

全国盲聾 第47回全国盲ろう難聴児施設協議会全国研究・研修大会東日本ブロック盲ろう難聴児施設協議会職員研修会－秋田大会－報告集

平成17年3月 同事務局（小児療育センターとオリブ園）、pp95-132

要 旨：全国的には準備が整わないままに新生児聴覚スクリーニングが実際に行われているところも多く現場では準備不足からの問題も生じている。この度全国難聴児通園施設の研修会があり、先進的な秋田県のシステムを紹介しつつ現場での取り組みの実際を紹介した。

中澤 操：嚥下障害の患者診察

治療増刊号 87：1409-1414、2005.

要 旨：一般医家向けに嚥下障害のみかたを概説し、症例を通して注意点や着眼点について解説した。

横山絵里子、長田 乾：慢性中枢性疼痛に対するケタミン療法における脳波変化

臨床神経生理 32：459-460、2004.

要 旨：自験例で難治性の慢性中枢性疼痛にケタミン少量静注療法を施行し、鎮痛効果と脳波の基礎律動の定量的変化を検討した。多発性硬化症、脳出血、脊髄損傷等による慢性疼痛をきたした症例に、患者の同意を得てケタミンを投与した。ケタミンは投与量0.3mg/kgを5%ブドウ糖液100ccに溶解して30分間で点滴静注を行い、同時に脳波を記録した。脳波の定量的解析では周波数帯域ごとに脳波パワーを算出した。ケタミン投与後にはvisual analogu scale (VAS)で2～7ポイントの改善を認め、鎮痛効果は投与後約0.5～3日持続し、反復投与でより持続的な効果が得られた。副作用は軽度の浮動感や多幸感のみであった。定量的脳波解析では、大脳・脊髄損傷例に共通して投与開始10～30分後に全脳平均の δ 、 θ 、 $\alpha 1$ 、 $\alpha 2$ 、 $\beta 1$ パワーは減少し、一部の症例で $\beta 2$ パワーの増加を認めた。投与終了後約30分で全帯域の脳波パワーはほぼ投与前のレベルに回復した。またケタミンは下腿切断後の幻肢痛や帯状疱疹後神経痛などの末梢性疾患でも良好な鎮痛効果を示し、中枢性疾患例と同様の脳波変化を認めた。従来報告ではケタミンの鎮痛効果と脳波変化との関連は明確でなく、自験例でも鎮痛の程度に対応する特異的な脳波変化は認めなかった。 α 、 $\beta 1$ 帯域波の減少は、ケタミンによる大脳皮質、視床の抑制作用を示し、 δ 、 θ 帯域波の減少は辺縁系の興奮作用を反映する可能性も示唆される。ケタミン少量投与後の脳波変化は短時間で回復するのに対して、鎮痛作用は脳波変化よりも長く持続しており、電気生理学的にみた中枢神経への影響が少ないことが示された。神経因性疼痛に対するケタミン少量静注療法では、比較的安全に良好な鎮痛効果が得られ、有用性が高いと考えられる。

横山絵里子、長田 乾：PETによるニューロリハビリテーションの評価と展望

分子脳血管病 4：61-69、2005.

要 旨：1980年代半ばに成長脳の可塑性が動物実験で示されて以来、脳の可塑性の研究が脚

光を浴び、リハ領域でも従来の訓練効果の検証や可塑性変化を促進させる新たなリハ技術が注目されている。また、脳機能の研究は、X 線 CT や MRI などの脳形態画像診断の発達に加え、脳循環代謝を反映する positron emission tomography (PET)、single photon emission computed tomography (SPECT)、functional MRI (fMRI) や、脳の電氣的活動を反映する脳波、脳磁図などの脳機能画像の導入により、飛躍的に進歩した。運動麻痺や失語症を中心に、これまでの PET を用いた脳機能の研究について概観した。

横山絵里子：痙縮治療実践マニュアル 痙縮に対する看護

MB Med Reha 43：83－91、2004.

要 旨：痙縮に対する看護の方針は、痙縮の問題点を明確にして、疼痛、拘縮、気温の変化、精神的緊張や不安、皮膚刺激、褥瘡や炎症などの皮膚病変、不良姿勢、尿路合併症などの、増悪要因の除去や治療を行うことである。症候レベルでは、痛みの軽減、可動域の拡大、拘縮変形の予防や改善、運動障害の軽減が目標で、動作レベルでは動作自立の向上や介助量の軽減が目標である。痙縮に対する看護の基本は、心理的安定をはかる、安定した正しい肢位や姿勢を保持する、ゆっくり一定の速度で筋を曲げ伸ばしする、異常反射や連合運動、共同運動を抑制する、拮抗筋の動きを促通する、環境温の調整と適度な温熱・寒冷刺激を行う、痛みを避ける、などの点である。痙縮のメカニズムを理解してその利点と弊害を考慮し、医師やリハビリスタッフとの連携のもとに看護計画をすすめる。

横山絵里子、長田 乾：失語症の回復と脳機能—PET を用いて—

高次脳機能研究 24：209－220、2004.

要 旨：脳血流量 (CBF) からみた失語症の回復について、罹病期間、年齢、失語症の類型や性別などの影響に関する検討を行った。右利きの左大脳半球の脳梗塞 64 例を対象に安静時 CBF を PET で測定し、最終 SLTA の正答率と初回平均 CBF との相関を求めた (初回 PET、SLTA 平均 8.5 病日、最終 SLTA 平均 31.8 病日)。最終評価が 90 日以内では SLTA は左半球の CBF と相関し、90 日以後は右優位に両側半球で相関を認めたが、180 日以降は相関を認めなかった。55 歳以下では左優位に両側半球の CBF と相関し、55～69 歳では左半球で相関し、70 歳以上では相関を認めなかった。男性では SLTA は左半球の CBF と相関し、女性では両側で相関を認めた。運動失語では SLTA は左半球優位に相関し、感覚失語では右半球優位に相関を認めた。転帰良好群では SLTA は左半球優位に両側半球の CBF と相関し、転帰不良群では左半球の CBF と相関した。病初期の左半球損傷の程度が失語症の回復に最も影響し、右半球は慢性期の回復に関わる可能性が示された。

横山絵里子：着衣障害のリハビリテーション

臨床リハ 別冊／高次脳機能障害のリハビリテーション：286－290、2004.

要 旨：高次脳機能障害による着衣障害は、最近では失行に属する独立した症状というよりは、失行と失認の両面を有する症候群とみなされている。視覚認知レベルや行為レベルの障害による着衣障害を認めた症例を呈示した。

(2)精神科

飯島壽佐美：ESSAY—近況 「結局は、秋田に大勢来て下さい！」.

全自病協雑誌 43：612-613、2004.

要 旨：全自病協精神科特別部会の運営委員の一人として、近況を報告する企画として依頼を受けた。自らの精神科における臨床と研究生活を振り返り、現在の勤務先の持つ、「県立精神病院」としての機能を運営していく上での考えを披露し、同時に、当センターが担当して開催される、「全自病協精神科特別部会総会、並びに、院長・医長及び看護管理者研修会」への参加を呼びかけた。

小畑信彦：新潟県中越地震支援について～災害時心理を中心に ～新潟県川口町にて.

新潟県中越地震シンポジウム報告書：22-25、2005.

要 旨：被災後の心理の基調は喪失への反応であり、被災後の心理は時間経過とともに速やかに変化するのでそれに応じた対応が必要だ。今回は、被災後、数週後に子供のメンタルヘルスに関して特に力をそそぐべき時期がある点を強調した。

Hiroyasu Ishikawa, Atsushi Sekine, Takashi Kanbayashi and Tetsuo Shimizu：A case of mild Alzheimer's disease accompanied by periodic synchronous discharges.

Clinical EEG and Neuroscience 35：165-7、2004.

要 旨：周期性同期性放電（periodic synchronous discharge、PSD）はCreutzfeldt-Jakob病、低酸素脳症、アルツハイマー病など種々の疾患にて出現する。PSDを伴うアルツハイマー病の先行報告では、アルツハイマー病の診断後、数年もの後にPSDがみられている。最近、初期のアルツハイマー病患者において一過性のPSDを認めた。初期のアルツハイマー病においてもPSDが出現する事を示唆する症例であり、文献的考察を加え報告した。

(3)機能訓練科

中野明子、乗富恵美子、横山絵里子、下村辰雄、佐山一郎：無関連な語性錯語の産生について —失語症例2例の検討—

臨床神経心理 15：19-29、2004.

要 旨：自発話および呼称において目標語とは無関連な語性錯語が特徴的に産生された失語症2例について報告した。呼称テストの成績から正答数・誤謬数の変化および誤りの分析を行った。その結果、誤謬数の最多は喚語困難、次いで無関連語性錯語、保続の順であったが、再検査時正答数は増加し、誤謬数、無関連語性錯語は減少、語頭音呈示後の正答率も上昇した。2例の病巣は左基底核を中心とした領域にあり、IMP-SPECTではさらに左前頭側頭葉に及ぶ半球性の脳血流量の低下が示された。無関連な語性錯語は、語の意味情報と音韻情報を正しく連合させることができず、誤って範疇外の語彙を選択した結果産生されたものと推察された。

須藤恵理子、千田富義：特集／在宅脳卒中患者の外来治療「再入院リハビリテーションの効果」.

MB Med Reha 46 : 67-72, 2004.

要 旨：脳卒中患者の再入院リハを疾患悪化に対するものと廃用症候群によるものとに分け、それぞれの状況で適応、効果、リハ内容を概説した。疾患悪化に対する再入院リハは、急性期リハと類似しており、疾患治療からリハ治療へ連続的に移っていく。疾患、機能的状態の改善が期待できない場合、維持的医療環境を調整して在宅生活継続を図る。廃用症候群に対する再入院リハは、在宅生活で発生した課題遂行能力の低下を改善する。改善効果は再入院時の機能的状態の程度や、機能低下の継続期間の影響を受ける。

小野かおり、高見美貴、高橋敏弘、横山絵里子、下村辰雄、佐山一郎：左前大脳動脈閉塞再開通例に認めた右上下肢の失行について

—その2. 作業活動に及ぼす影響—

臨床神経心理 14:17-21, 2003

要 旨：左前大脳動脈閉塞後、運動維持困難・本態性把握及び磁性失行など行為障害が作業活動に影響を及ぼしていた症例に作業療法を実施した。種々の作業活動において、難易度順に反復練習を進めていくことで、手操作の能力が向上した。

(4)看護科

工藤順子、永瀬文香、五十嵐靖子：「経口摂取困難な重度痴呆患者の栄養管理」

高齢者看護のスペシャリスト養成誌 Volume10 NO.5 臨床老年看護 2003

要 旨：痴呆（認知症）による摂食障害は、全身状態の急激な低下につながる恐れがあり大変危険であるうえ、ケアも難しい。経口摂取できなかった重度痴呆患者にきめ細やかな観察をすることにより、異常をキャッチし、早目の対応が必要である。更に患者個々の栄養状態の把握と嚥下評価に基づいた訓練・援助が必要である。

澤田朱美、佐々木典子：「高次脳機能障害患者の廃用症候群の予防と安全管理」

高齢者看護のスペシャリスト養成誌 Volume10 NO.6 臨床老年看護 2003

要 旨：高次脳機能障害を伴う脳血管障害患者は、認知能力の障害が理解力、注意力等に影響を与え、運動機能の低下にもつながることから、廃用症候群の悪循環を引き起こし易い。看護者は心身両側面の評価を適切に行い、早期から廃用症候群の予防や悪化を防ぐ為のケアを提供する必要がある。

V 参 考

1 院内委員会等設置状況

ア 定期会議

委員会	委員構成	開催日
管理会議	◎所長 副所長 事務部長 医療部長 医療部次長 総看護師長	毎週火
運営会議	◎所長 副所長 事務部長 医療部長 医療部次長 医療部各科 長 薬局長 総看護師長 総務管理班長 医事班長 各病棟看 護師長	第4火
院内感染予防対 策委員会	◎副所長 所長 事務部長 リハ科長 神経・精神科長 機能訓練 科長 臨床検査科長 薬局長 総看護師長 病棟看護師7名 外 来看護師1名 臨床検査技師1名 給食科職員1名 医事班1名	第1火
保険診療委員会	副所長 リハ科長 ◎神経・精神科長 機能訓練科長 放射線科長 薬局長 臨床検査技師1名 病棟看護師1名 外来看護師1名 医事班長	第3月

イ 不定期会議

委員会名	委員構成
リハセン祭事業 企画委員会	医局1名 薬剤科・放射線科1名 臨床検査科・機能訓練科1名 看護科2 名 給食科1名 社会復帰科1名 医事班1名 総務管理班1名
衛生委員会	所長 事務部長 医療部次長 リハ科長 給食科長 薬局長 総看護師長 放射線技師1名 臨床検査技師1名 衛生管理者2名 分会指名職員2名 産業医
事故防止委員会	◎所長 医療部長 医療部次長 神経・精神科長 機能訓練科長 放射線科 長 薬局長 総看護師長 看護師長2名 給食科長 事務部長 医事班長 総務管理班長
リスクマネジ メント部会	事故防止委員会委員長の指名 その他人数の規定無し
倫理委員会	◎所長 副所長 医療部長 事務部長 薬局長 総看護師長 学識経験者等
薬事委員会	副所長 薬局長 リハ科長 神経・精神科長 放射線科長 医事班長
栄養管理委員会	リハ科医師 神経・精神科医師 給食科長 事務部長 総看護師長 各病棟 看護師長 栄養士1名
受託研究審査委 員会	副所長 リハ科長 薬局長 神経・精神科長 放射線科長 臨床検査科長 総看護師長 総務管理班長 医事班長 所外学識経験者若干名
情報システム運 営委員会	副所長 リハ科長 神経・精神科長 放射線科長 臨床検査科長 機能訓練 科長 給食科長 薬局長 総看護師長 医事班長 放射線技師1名 臨床検 査技師1名 機能訓練科技師1名 看護師1名 給食科職員1名 総務管理 班職員1名

委員会名	委 員 構 成
帳票・病歴委員会	副所長 医療部次長 リハ科長 神経・精神科長 機能訓練科長 臨床検査科長 放射線科長 給食科長 薬局長 総看護師長 機能訓練科技師 1 名 放射線科技師 1 名 臨床検査科技師 1 名 看護師 2 名 管理栄養士 1 名 医事班長
施設整備・医療機器選定委員会	◎所長 副所長 事務部長 医療部長 医療部次長 総看護師長 総務管理班長 医事班長
精神科救急医療体制整備委員会	◎神経・精神科長 精神科医師 1 名 看護師 2 名 総務管理班職員 1 名 医事班職員 1 名
痴呆診療委員会	◎神経・精神科長 精神科医師 1 名 リハ科医師 2 名 総看護師長 認知症病棟看護師長 総務管理班職員 1 名 医事班職員 1 名
病床利用プロジェクト会議	◎医療部長 医療部次長 リハ科長 薬局長 神経・精神科長 副総看護師長 1 名 機能訓練科職員 2 名 総務管理班長 医事班長 総務管理班職員 1 名 医事班職員 1 名
行事企画委員会	◎神経・精神科医師 精神科及びリハ科看護職員 その他所長の指名
経営改善委員会	◎所長 副所長 医療部長 医療部次長 総看護師長 事務部長 医事班長
医療サービス向上部会	診療科医師 1 名 看護科 3 名 機能訓練科・給食科・社会復帰科から 1 名 放射線科・薬剤科・臨床検査科から 1 名 総務管理班・医事班から 1 名
「リハセン年報」企画編集委員会	◎所長 総務管理班職員 2 名 医事班職員 1 名 リハ科又は神経・精神科職員 1 名 機能訓練科職員 1 名 放射線科職員 1 名 薬剤科職員 1 名 臨床検査科職員 1 名 看護科職員 1 名 給食科職員 1 名 社会復帰科職員 1 名
臨床検査管理委員会	事務部長 リハ科長 神経・精神科長 臨床検査科長 総看護師長 臨床検査科主任専門員 医事班職員 1 名
褥瘡対策委員会	リハ科医師 1 名 精神科医師 1 名 看護師長 1 名 看護師各病棟 1 名 栄養士 1 名 医事班 1 名 総務管理班 1 名
病院機能評価受審対策委員会	◎所長 副所長 医療部長 事務部長 医療部次長 リハ科長 機能訓練科長 放射線科長 薬局長 臨床検査科長 総看護師長 給食科長 社会復帰科長 医事班長 総務管理班長
同ワーキンググループ	事務部長 その他グループ員は委員の推薦により所長が任命
医療事故等対策委員会	◎所長 副所長 医療部長 医療部次長 総看護師長 副総看護師長 事務部長
運営懇談会	県民代表 3 名以内 県医師会会長が推薦する者 5 名以内 県歯科医師会会長が推薦する者 1 名 県薬剤師会会長が推薦する者 1 名 看護関係者 1 名 学識経験者 4 名以内 社会福祉団体 1 名
防火管理委員会 (防災対策委員会)	神経・精神科長 機能訓練科長 薬局長 総看護師長 看護師長 1 名 管理栄養士 1 名 事務部長 総務管理班長 医事班長

委員会名	委 員 構 成
診療情報提供委員会	◎所長 副所長 医療部長 医療部次長 事務部長 リハ科長 神経・精神科長 放射線科長 機能訓練科長 薬局長 臨床検査科長 総看護師長
教育・研修委員会	◎医療部次長 事務部長 機能訓練科 1 名 看護科 2 名 薬剤科・臨床検査科・放射線科 1 名 給食科・社会復帰科 1 名
医療ガス安全・管理委員会	医療部次長 リハ科医師 1 名 神経・精神科医師 1 名 薬剤師 1 名 看護師 2 名 事務職員 2 名

ウ 担当内会議

委員会名	委 員 構 成	開催日
医局会	医局医師全員	第 2 ・ 4 月
リハ科機能診	リハビリテーション科医師全員	毎週月
リハ科新患フィルムカンファレンス	リハビリテーション科医師全員	毎週水
リハ科抄読会	リハビリテーション科医師全員	毎週木
精神科合同症例検討会	神経精神科全員	第 2 水
精神科症例検討会及び抄読会	神経精神科医師全員	毎週火
精神科定例会	神経精神科医師全員	毎週火
機能訓練科ミーティング	機能訓練科全員	毎週月
機能訓練科連絡会議	機能訓練科各科部門責任者	毎週金
デイケアスタッフ会議	デイケア担当者・社会復帰科	毎週水
師長会議	総看護師長・看護師長	毎週月
主査・主任会議	総看護師長・主査・主任	第 3 月
病棟・外来会議	配置部署単位の責任職員	月 1 回
教育委員会	看護師長 1 名・病棟看護師 1 名	第 2 木
看護研究委員会	看護師長 1 名・病棟看護師 1 名	第 1 金
看護記録委員会	看護師長 1 名・病棟看護師 1 名	第 3 木
継続看護委員会	看護師長 1 名・外来・病棟看護師 1 名	第 4 月
看護業務委員会	看護師長 1 名・病棟看護師 1 名	第 1 木
看護情報システム委員会	看護師長 1 名・病棟看護師 1 名	第 3 火
看護診断・標準看護計画検討会議	看護師長 1 名・病棟看護師 1 名	第 4 木
臨床指導者会議	病棟看護師長 1 名・病棟看護師各 1 名	第 3 金
社会復帰科職員会議	社会復帰科職員全員	第 4 金
S S T 定例会	精神科病棟 S S T 担当看護師・臨床心理士	第 1 月

2 平成16年度視察状況

年 月 日	来庁者 氏名・名称	人数	視 察 目 的
1 6 . 6 . 2 3	秋田県心身障害者コロニー	4	職員の視察研修
1 6 . 6 . 2 5	金足農業高校1年生	4 2	職業相談メニュー（引率1・フレッシュワークAKITA2含む）
1 6 . 7 . 2 2	西仙北高校5、協和・西仙東・西仙西中各2	1 1	一日看護学生
1 6 . 7 . 2 8	西木村精神障害者の家族交流会	1 0	視察
1 6 . 8 . 6	千畑町立千畑中学校	2	職場訪問体験学習
1 6 . 8 . 1 9	公立横手病院	4	亜急性期入院管理料の参考
1 6 . 8 . 2 6	河辺町民児協老人身障部会	1 2	委員の視察研修
1 6 . 9 . 2	羽後町田代地区児童民生委員	1 5	視察研修
1 6 . 9 . 1 4	湯沢市三関地区保健推進委員会	2 5	視察研修
1 6 . 9 . 1 6	医療法人敬愛会・尾花沢病院	2 0	職員研修
1 6 . 1 0 . 1 3	男鹿市船川地区民生児童委員	2 7	視察研修
1 6 . 1 0 . 1 3	八郎潟中学校2年生	4 2	しごと探検（引率2・フレッシュワークAKITA2含む）
1 6 . 1 0 . 2 2	湯沢北高校生活科学科1年生	4 4	職業相談メニュー（引率2・フレッシュワークAKITA2含む）
1 6 . 1 0 . 2 5	羽後町元西地区民生委員	1 4	視察研修
1 6 . 1 1 . 1	秋田職能短大住居環境科1年生	3 3	職業相談メニュー（引率1・フレッシュワークAKITA2含む）
1 6 . 1 1 . 2 9	湯沢市在宅介護支援センター	2 5	第7回介護者教室参加者
1 6 . 1 2 . 2 1	横手市金沢公民館お勝手講座	2 5	同講座視察研修
1 6 . 1 2 . 2	秋田地方裁判所	7	精神科関連部署見学（心神喪失者等医療観察法関連）
1 7 . 2 . 9	秋田市・（有）村田弘建築設計事務所	2	病棟構造視察
1 7 . 3 . 1 1	県立衛生看護学院	4 9	実習病院事前視察（教員3名含む）
計		4 1 3	

3 職 員 名 簿 【平成17年3月31日現在】

所長	(医師)	千 田 富 義	主任	(理学療法士)	須 藤 恵理子
副所長	(")	飯 島 壽佐美	技師	(作業療法士)	川野辺 穰
			"	(心理判定員)	佐 藤 健 太
	事 務 部		"	(理学療法士)	堀 川 学
事務部長	(事)	伊 藤 光 仁	"	(")	五十嵐 優 子
			"	(")	松 嶋 明 子
	総 務 管 理 班		"	(作業療法士)	加 藤 淳 一
主幹(兼)班長	(事)	田 村 春 夫	"	(")	加 納 いづみ
副主幹	(")	伊 藤 正 好	"	(")	進 藤 潤 也
副主幹	(")	柳 澤 由 夫	"	(心理判定員)	柏 谷 美 紀
主査	(")	門 脇 文 広	"	(作業療法士)	佐 藤 洋 子
主任	(")	會 場 由紀子	"	(理学療法士)	原 崎 祐 子
主事		佐 藤 豊	"	(作業療法士)	今 野 梓
"		田 口 光 弘	"	(理学療法士)	武 田 超
"		大 友 直 毅	"	(")	古 山 るり子
"		高 橋 健	"	(")	杉 本 由里子
技能主任		深 浦 春 夫	"	(作業療法士)	小 野 かおり
			"	(")	今 井 龍
	医 事 班		"	(")	吉 田 悟 己
副主幹(兼)班長	(事)	船 木 定 宏	"	(")	中 野 美 緩
副主幹	(")	高 橋 長太郎	"	(")	佐 藤 康 洋
主事		進 藤 千 幸	"	(理学療法士)	岩 澤 里 美
"		栗 田 哲 則	"	(")	谷 藤 慶 幸
"		堀 口 隆 文	"	(")	大 阪 真利子
			"	(心理判定員)	森 川 真理子
	医 療 部		"	(言語聴覚士)	大 塚 幸 子
部長	(医師)	佐 山 一 郎			
次長	(")	小 畑 信 彦			
	リハビリテーション科				
科長	(医師)	下 村 辰 雄	科長	(医師)	高 橋 栄 治
医師		中 澤 操	主席専門員	(放射線技師)	小野寺 洋
			主任専門員	(")	羽 上 栄 一
			技師	(")	佐々木 和 子
			"	(")	佐 藤 亜結子
			"	(")	小 野 円
	神 経 ・ 精 神 科				
(兼)科長	(本務医療部次長)	小 畑 信 彦			
医師		室 岡 守			
医師		成 見 綾	薬局長	(薬剤師)	中 道 博 之
医師		塚 本 佳	主任	(")	柳 谷 由 己
医師		石 川 博 康	技師	(")	一ノ関 潤 子
			"	(")	工 藤 和 彦
	機 能 訓 練 科				
科長	(本務医療部長)	佐 山 一 郎			
科長補佐	(言語聴覚士)	中 野 明 子	科 長	(医師)	佐 藤 隆 郎
科長補佐	(理学療法士)	中 野 博 明	主任専門員	(検査技師)	田 畑 伸
主任	(作業療法士)	高 見 美 貴	技師	(")	秋 野 和華子
主任	(")	高 橋 敏 弘	"	(")	中 村 淳 子

総看護師長	看護科	齋藤京子	技師	(看護師)	伊勢由紀子
副総看護師長	(看護師)	福岡幸記	〃	(〃)	谷内陽子
(兼)看護師長	(〃)	福岡幸記	〃	(〃)	伊藤美佐子
看護師長	(〃)	畠山直子	〃	(〃)	一ノ関猛
看護師長	(〃)	佐々木典子	〃	(〃)	秋山健
看護師長	(〃)	安田茂子	〃	(〃)	堀江美智子
看護師長	(〃)	高橋洋子	〃	(〃)	木島貴子
看護師長	(〃)	佐藤明巳	〃	(〃)	松橋京子
看護師長	(〃)	青木由美子	〃	(〃)	森川陽子
主査	(〃)	伊藤英美	〃	(〃)	畠山尚子
主査	(〃)	佐藤栄津子	〃	(〃)	後藤るり子
主査	(〃)	鎌田妙子	〃	(〃)	鈴木木陽子
主査	(〃)	鈴木文子	〃	(〃)	越川美紀
主査	(〃)	佐々木純子	〃	(〃)	山手昭彦
主査	(〃)	澤田朱美	〃	(〃)	佐々木里美
主査	(〃)	日沼純子	〃	(〃)	栗津真子
主査	(〃)	工藤順子	〃	(〃)	佐々木紀子
主任	(〃)	太田富子	〃	(〃)	永瀬文香
主任	(〃)	永山智子	〃	(〃)	山本光美
主任	(〃)	東海林真理子	〃	(〃)	金裕美
主任	(〃)	佐々木享	〃	(〃)	高橋友紀
主任	(〃)	高橋洋子	〃	(〃)	阿部宣子
主任	(〃)	藤原真人	〃	(〃)	千葉かな子
主任	(〃)	畠山朋子	〃	(〃)	佐藤奈津美
主任	(〃)	佐藤智子	〃	(〃)	鈴木敏和
主任	(〃)	鈴木清子	〃	(〃)	鈴木智美
主任	(〃)	池田由美子	〃	(〃)	高橋尚子
主任	(〃)	照井和子	〃	(〃)	鈴木美穂子
主任	(〃)	高橋聡子	〃	(〃)	加藤和子
主任	(〃)	豊嶋真里子	〃	(〃)	小林美和
主任	(〃)	成田剛	〃	(〃)	高橋理美子
主任	(〃)	藤田繁美	〃	(〃)	渡部香織
主任	(〃)	佐藤康孝	〃	(〃)	中谷弓子
主任	(〃)	長谷川あつ子	〃	(〃)	伊勢谷和美
主任	(〃)	戸嶋弘子	〃	(〃)	高橋喜和子
主任	(〃)	浅野弥	〃	(〃)	佐々木延介
主任	(〃)	安藤晋	〃	(〃)	吉田明子
主任	(〃)	佐々木田鶴子	〃	(〃)	宮川優加子
主任	(〃)	佐藤葉子	〃	(〃)	高橋真美子
主任	(〃)	加賀谷志穂子	〃	(〃)	藤井美恵子
主任	(〃)	大山由香	〃	(〃)	加藤和美
主任	(〃)	後藤公明	〃	(〃)	松渕尚子
主任	(〃)	佐々木まゆみ	〃	(〃)	佐々木伸子
主任	(〃)	熊谷浩子	〃	(〃)	高橋めぐみ
主任	(〃)	菅原若葉	〃	(〃)	大塚美和子
技師	(〃)	高倉普美子	〃	(〃)	上田繭子
〃	(〃)	池田良子	〃	(〃)	堀江昭子
					田口千春

技師	(看護師)	北 埜 さつき	技師	(看護師)	倉 直 子
〃	(〃)	田 中 綾 子	〃	(〃)	庄 司 久美子
〃	(〃)	三 浦 恵美子	〃	(〃)	星 宮 恵 子
〃	(〃)	平 場 美紀子	〃	(〃)	三 浦 和 枝
〃	(〃)	橋 本 浩 子	〃	(〃)	安 田 恵
〃	(〃)	高 橋 絵 里	〃	(〃)	金 澤 明 子
〃	(〃)	佐 藤 睦 子	〃	(〃)	藤 山 尚 子
〃	(〃)	菊 地 美保子	〃	(〃)	桜 田 郁 子
〃	(〃)	加 藤 智 美	〃	(〃)	熊 谷 佳 富
〃	(〃)	深 井 美由紀	〃	(〃)	進 藤 美 保
〃	(〃)	鈴 木 志 保	〃	(〃)	豊 島 甲史郎
〃	(〃)	吉 田 美 穂	〃	(〃)	佐々木 寛 之
〃	(〃)	加 藤 真 弓	〃	(〃)	牧 野 みゆき
〃	(〃)	堀 川 喜 史	〃	(〃)	古 屋 淳
〃	(〃)	藤 井 富士子	〃	(〃)	三井所 司
〃	(〃)	真 光 幸 子	〃	(〃)	平 塚 美 穂
〃	(〃)	茂 木 律 子	〃	(〃)	大 柄 さやか
〃	(〃)	泉 川 かおり	〃	(〃)	半 田 広 和
〃	(〃)	三 浦 智 陽			
〃	(〃)	佐 藤 和 美		給 食 科	
〃	(〃)	丸 井 さおり	科長	(医師)	横 山 絵里子
〃	(〃)	堀 川 美貴子	主任	(栄養士)	佐 藤 直 美
〃	(〃)	大 友 智 美	主任	(〃)	加賀谷 淑 子
〃	(〃)	傳 農 直 子			
〃	(〃)	鈴 木 裕美子		社 会 復 帰 科	
〃	(〃)	佐 藤 泰 豪	科長	(医師)	高 橋 祐 二
〃	(〃)	橋 本 明 子	科長補佐	(保育士)	日 景 早知子
〃	(〃)	早 坂 ゆ き	科長補佐	(〃)	大 沢 久 枝
〃	(〃)	阿 部 琢 也	科長補佐	(保健師)	伊 藤 郁 子
〃	(〃)	武 藤 博 幸	科長補佐	(事)	千 葉 研 一
〃	(〃)	本 多 陽 子	主査	(看護師)	佐 藤 己喜子
〃	(〃)	千 葉 由紀子	技師	(〃)	伊 藤 澄 佳
〃	(〃)	田 口 康 弘			
〃	(〃)	藤 井 義 人			
〃	(〃)	伊 藤 智 幸			
〃	(〃)	軽 部 奈弥子			
〃	(〃)	山 中 一 紀			
〃	(〃)	高 橋 照 美			
〃	(〃)	鈴 木 寛 美			
〃	(〃)	原 麻緒沙			
〃	(〃)	沢 田 雅 則			
〃	(〃)	澤 田 淳			
〃	(〃)	小笠原 昭 子			
〃	(〃)	竹 園 輝 秀			
〃	(〃)	沢田石 由 香			
〃	(〃)	佐 藤 千 春			
〃	(〃)	佐々木 千 春			
〃	(〃)	秋 林 直 美			

平成16年度職員の異動

【退職】

機能訓練科

H17.3.31 技師（作業療法士） 中野 美 緩

放射線科

H17.3.31 主席専門員（放射線技師）
小野寺 洋

看護科

H17.6.30 技師（看護師） 加藤 忍

H17.12.31 技師（看護師） 大道 恵里子

H17.3.31 看護師長（看護師） 畠山 直子

H17.3.31 技師（看護師） 藤井 美恵子

H17.3.31 技師（看護師） 佐藤 和美

社会復帰科

H17.3.31 科長補佐（保育士） 日景 早知子

【転出】

総務管理班

H17.4.1 副主幹（事） 柳澤 由夫
人事委員会事務局へ

H17.4.1 主査（事） 門脇 文広
道路環境課へ

H17.4.1 主任（事） 會場 由紀子
学術国際政策課へ

H17.4.1 主事 高橋 健
山本地域振興局総務企画部へ

医事班

H17.4.1 副主幹（兼）班長 船木 定宏
障害福祉課へ

H17.4.1 主事 進藤 千幸
農業試験場へ

H17.4.1 主事 堀口 隆文
雄勝地域振興局建設部へ

機能訓練科

H17.4.1 科長補佐（理学療法士） 中野 博明
太平療育園へ

放射線科

H17.4.1 技師（放射線技師） 佐々木 和子
平鹿地域振興局福祉環境部へ

看護科

H17.4.1 看護師長（看護師） 青木 由美子
太平療育園へ

H17.4.1 主任（看護師） 長谷川 あつ子
医務薬事課へ

H17.4.1 技師（看護師） 佐々木 紀子
太平療育園へ

H17.4.1 技師（看護師） 田口 千春
太平療育園へ

H17.4.1 技師（看護師） 軽部 奈弥子
脳血管研究センターへ

H17.4.1 技師（看護師） 原 麻緒沙
脳血管研究センターへ

社会復帰科

H17.4.1 科長補佐（事） 千葉 研一
千秋学園へ

平成16年度

**秋田県立リハビリテーション・
精神医療センター年報**

編集 平成17年12月

発行 秋田県立リハビリテーション・
精神医療センター

〒019-2413

秋田県大仙市協和上淀川字五百刈田 352

電話(018)892-3751 FAX(018)892-3757

ホームページ

<http://www.med-akitarehasen.gr.jp/>

メールアドレス

rehasen@pref.akita.jp